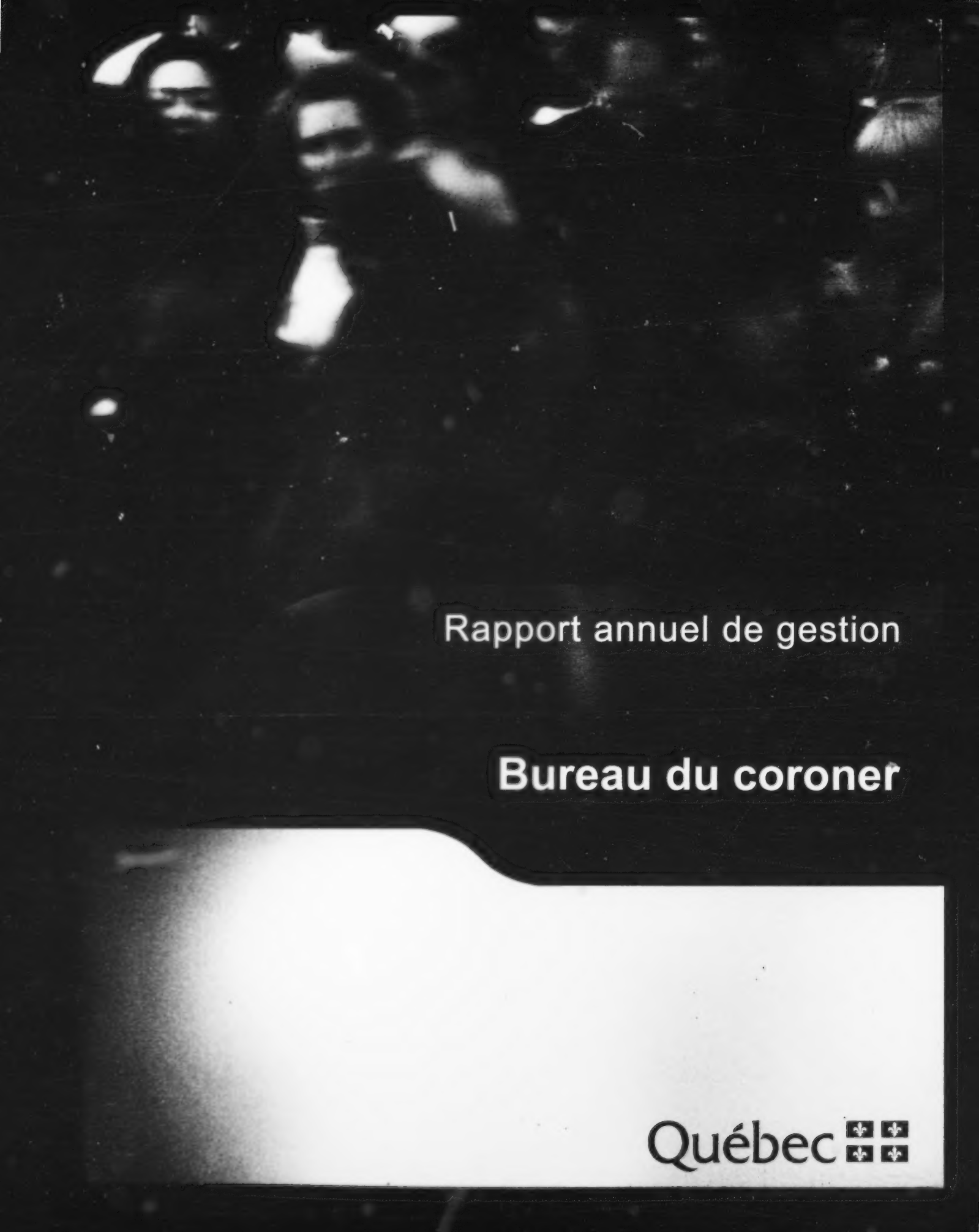


Rapport annuel de gestion

Bureau du coroner

Québec

2004-2005

RAPPORT ANNUEL DE GESTION

Bureau du coroner

Novembre 2005

Le contenu de cette publication a été rédigé par le
Bureau du coroner

Édifice le Delta 2, bureau 390
2875, boulevard Laurier
Sainte-Foy (Québec) G1V 5B1

Téléphone : (418) 643-1845
Télécopieur : (418) 643-6174

Le présent document est disponible dans le site Internet
du Bureau du coroner à l'adresse suivante :

www.coroner.gouv.qc.ca

Dépôt légal - 2005
Bibliothèque nationale du Québec
Bibliothèque nationale du Canada
ISBN 2-550-45093-0
ISSN 0835-5258

© Gouvernement du Québec, 2005

Tous droits réservés pour tout pays.
La reproduction par quelque procédé que ce soit
et la traduction, même partielles, sont interdites
sans l'autorisation des Publications du Québec.

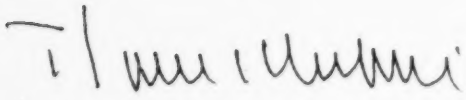
Monsieur Michel Bissonnet
Président de l'Assemblée nationale
Hôtel du Parlement
Québec

Monsieur le Président,

J'ai l'honneur de vous présenter le rapport annuel de gestion du Bureau du coroner pour l'année financière qui a pris fin le 31 mars 2005.

Je vous prie d'agréer, Monsieur le Président, mes salutations distinguées.

Le ministre de la Sécurité publique,



Jacques P. Dupuis

Québec, novembre 2005

Monsieur Jacques P. Dupuis
Ministre de la Sécurité publique
Tour des Laurentides
2525, boulevard Laurier, 5e étage
Sainte-Foy (Québec) G1V 2L2

Monsieur le Ministre,

J'ai le plaisir de vous présenter le rapport annuel de gestion du Bureau du coroner pour l'année financière qui a pris fin le 31 mars 2005.

Afin de respecter les exigences de la *Loi sur l'administration publique* (art. 24) et celles de la *Loi sur la recherche des causes et des circonstances des décès* (art. 29), le présent document comporte deux sections : le rapport annuel de gestion et le rapport des activités des coroners.

Le rapport annuel du Bureau du coroner :

- décrit la mission et les orientations stratégiques;
- reflète les mandats des divers secteurs;
- présente les principales cibles du Plan stratégique 2001-2004 qui s'est prolongé en 2005 et les résultats s'y rapportant;
- offre des données conformes et fiables.

Je suis satisfaite des pratiques et des méthodes qui ont été utilisées pour produire ce rapport annuel.

Je vous prie d'agréer, Monsieur le Ministre, l'expression de mes sentiments distingués.

Le coroner en chef par intérim,

Louise Nolet

Dre Louise Nolet

Québec, novembre 2005

TABLE DES MATIÈRES

SECTION 1 : LE RAPPORT ANNUEL DE GESTION

PARTIE 1 : PRÉSENTATION GÉNÉRALE DU BUREAU DU CORONER 11

La mission 11
L'investigation et l'enquête 11
Les domaines d'activité 12
Les services offerts 12
Les clientèles 12
Les partenaires 13

L'ORGANISATION ADMINISTRATIVE 14
L'organigramme 14

Le coroner en chef 15
Les communications 15
Le Service de traitement des plaintes et des demandes d'annexes et l'éthique 15

Le coroner en chef adjoint de l'Est du Québec 15
Le Service juridique 15
Le Service à la clientèle 15
La prévention 16
La morgue publique de Québec 16
La supervision des coroners investigateurs de l'Est 17

Le coroner en chef adjoint de l'Ouest du Québec 17
La supervision des coroners enquêteurs 17
La morgue publique de Montréal 17
La supervision des coroners investigateurs de l'Ouest 17

La Direction de l'administration 17
La modernisation 17
Les ressources humaines 17
Les ressources financières et matérielles 18
Les ressources informationnelles 18
Les morgues privées et les transporteurs 18
Les archives 18

PARTIE 2 : PRÉSENTATION DES RÉSULTATS 19

LE CONTEXTE ET LES ENJEUX 19
Le contexte externe 19
Le contexte interne 19
Les enjeux 19

LE RAPPEL DU PLAN STRATÉGIQUE ET DE LA DÉCLARATION DE SERVICES AUX CITOYENS 20

LES RÉSULTATS STRATÉGIQUES 21
Orientation stratégique 1 : Améliorer les services aux citoyens 21
Orientation stratégique 2 : Améliorer la qualité de l'exercice de la fonction de coroner .. 23

LES RÉSULTATS AU REGARD DES ENGAGEMENTS DE LA DÉCLARATION DE SERVICES AUX CITOYENS 25
Un service courtois et personnalisé 25
Un service disponible 25
Un service rapide 25
Un service accessible 25
Un service à l'écoute 25
Un service qui garantit la protection des renseignements personnels 25

LES RÉSULTATS DE L'APPLICATION DE LOIS, POLITIQUES ET RÈGLEMENTS GOUVERNEMENTAUX 26
L'accès à l'égalité en emploi 26
L'accès à l'information et la protection des renseignements personnels 27
La politique linguistique 27
L'éthique et la déontologie 27
Le développement des ressources humaines 27
Le programme d'aide aux personnes 27
La santé et sécurité au travail 27
La protection des non-fumeurs 27

PARTIE 3 : BILAN DE L'UTILISATION DES RESSOURCES 28
LES RESSOURCES HUMAINES 28
LES RESSOURCES FINANCIÈRES 28

SECTION 2 : LE RAPPORT DES ACTIVITÉS DES CORONERS

LES INVESTIGATIONS 31
Les décès signalés aux coroners 31
Délai entre le signalement d'un décès et le dépôt du rapport d'investigation du coroner 32
Les demandes de copies conformes des rapports 33
Les autopsies et les examens de laboratoire 33
Les rapports d'investigation les plus marquants déposés au cours de l'exercice 2004 34
LES ENQUÊTES 36
L'évolution des enquêtes ordonnées au cours de la dernière décennie 36
Les enquêtes en cours en 2004 37
Rapports d'enquête déposés pour l'année 2004 39
LES RECOMMANDATIONS ET LEUR TRAITEMENT 41

SECTION 3 : BILAN STATISTIQUE DES TRAUMATISMES MORTELS AU QUÉBEC, ANNÉES 1997 À 2003

Classification statistique des décès 45
Délais dans le dépôt des rapports 45
État des rapports de 2002, au 28 juillet 2005 46
État des rapports de 2003, au 28 juillet 2005 46
Registre du coroner en chef 46
La répartition des décès par traumatisme 47
Les décès accidentels liés aux transports terrestres 48
Les autres décès accidentels 49
Les suicides 50
Les homicides 51
les décès indéterminés quant à l'intention 52

ANNEXES

ANNEXE 1 : LA LISTE DES RÈGLEMENTS ADOPTÉS EN VERTU DES LOIS OU DE PARTIES DE LOIS APPLIQUÉES PAR LE CORONER EN CHEF 55
ANNEXE 2 : LA LISTE DES CORONERS ACTIFS PAR RÉGION ADMINISTRATIVE EN 2004-2005 56
ANNEXE 3 : LE CODE DE DÉONTOLOGIE DES CORONERS 58

SECTION 1

LE RAPPORT ANNUEL DE GESTION

PARTIE 1 : PRÉSENTATION GÉNÉRALE DU BUREAU DU CORONER

Le rôle du Bureau du coroner est de s'assurer que le corps d'une personne dont le décès est obscur ou violent n'est pas inhumé ou incinéré sans que l'on sache pourquoi elle est morte et, si possible, comment éviter la répétition d'un décès similaire.

Pour ce faire, la *Loi sur la recherche des causes et des circonstances des décès* prévoit qu'un officier public, le coroner, doit par une investigation ou une enquête publique déterminer les causes et les circonstances de tels décès ainsi que l'identité de la personne décédée de même que la date et le lieu de son décès et en faire rapport.

Dans l'exercice de ce mandat, le coroner a compétence sur tout décès survenu au Québec, de même que sur l'entrée au Québec du corps d'une personne décédée hors du Québec dans des circonstances obscures ou violentes. Il doit aussi intervenir chaque fois que le corps d'une personne décédée est transporté à l'extérieur du Québec et chaque fois que le décès survient dans des endroits particuliers, tels que les garderies, les postes de police, les établissements de détention, etc.

Le coroner exerce ce rôle social qui vise la prévention des décès, laissant à la police la détection du crime et au système judiciaire la tâche de se prononcer sur la responsabilité civile ou criminelle d'une personne.

Le coroner réalise ce rôle par la possibilité que la loi lui donne de formuler dans son rapport des recommandations pour une meilleure protection de la vie humaine, au regard de situations qui nécessitent des modifications pour respecter le droit de tout membre de la société à la vie, à la sécurité et à l'intégrité de sa personne.

Le coroner en chef, lorsqu'il le croit approprié, s'assure que ces recommandations sont transmises aux ministères, organismes et personnes concernés et en informe le public. Chaque année, le coroner en chef publie un répertoire des recommandations à cet effet. Il n'y a pas d'obligation légale de suivre les recommandations des coroners, et les suites qui y sont données dépendent de la crédibilité que l'on accorde à l'organisme.

Dès que le coroner a terminé son travail, il doit transmettre son rapport au coroner en chef ainsi que tous les documents qui ont contribué à l'informer. Ces rapports d'investigation ou d'enquête des coroners sont publics : toute personne qui en fait la demande peut en obtenir copie conforme sur versement des frais prescrits. Le principe de la publicité des rapports des coroners fait exception à la règle de la confidentialité qui s'applique normalement aux renseignements personnels recueillis par les agents de l'État. Les documents annexés aux rapports des coroners sont, quant à eux, d'accès restreint.

Les renseignements recueillis par les coroners sur les causes et les circonstances des décès sont colligés dans une banque de données qui permet de repérer et de suivre les tendances concernant la mortalité obscure ou violente au Québec. Les archives et les données de cette banque sont largement utilisées par certains organismes, ministères ou groupes pour la recherche et la prévention.

■ La mission

Rechercher de façon indépendante et impartiale les causes et les circonstances des décès obscurs ou violents, de manière à contribuer au développement de mesures de protection de la vie humaine et à faciliter la reconnaissance et l'exercice des droits et recours à la suite de ces décès.

■ L'investigation et l'enquête

L'investigation et l'enquête sont les deux moyens de recherche prévus par la loi pour réaliser la mission.

Les investigations sont effectuées par des coroners nommés par le gouvernement. Ils assurent une garde de l'ensemble du territoire du Québec et peuvent être avisés d'un décès en tout temps. Ils procèdent à une investigation chaque fois qu'un décès signalé survient dans des conditions telles qu'il correspond aux dispositions de la loi et nécessite leur intervention.

Environ 30 % des investigations sont effectuées par des coroners permanents, le reste (environ 70 %) l'étant par des coroners investigateurs à temps partiel. Les coroners investigateurs doivent avoir une formation médicale ou juridique.

Les coroners enquêteurs sont aussi nommés par le gouvernement et doivent avoir une formation juridique. Ils interviennent pour réaliser l'enquête publique ordonnée par le coroner en chef, notamment à la suite de la recommandation d'un coroner investigateur. La nécessité d'entendre des témoins et des experts pour déterminer les causes et les circonstances du décès, pour élaborer des recommandations pertinentes ou pour mieux informer le public sont autant de critères qui guident le coroner en chef dans sa décision d'ordonner une enquête publique. Le ministre de la Sécurité publique peut également, en vertu de l'article 106 de la loi, demander au coroner en chef d'ordonner une enquête publique.

Les coroners disposent de pouvoirs importants pour exercer leur mandat. Ils peuvent notamment examiner ou faire examiner le corps, le photographier ou le faire photographier, ordonner des expertises (autopsies, analyses toxicologiques, etc.), recourir à la saisie d'objets ou de documents, inspecter un lieu, en interdire l'accès. Le coroner a aussi le pouvoir d'exiger d'un agent de la paix qu'il procède à une enquête ou à un complément d'enquête. Au cours ou à la suite de son investigation, le coroner peut recommander au coroner en chef la tenue d'une enquête publique.

■ Les domaines d'activité

Les diverses facettes de l'activité du Bureau du coroner sont regroupées en trois grands domaines :

- la recherche des causes et des circonstances des décès obscurs ou violents. Sous ce chapitre sont englobés l'investigation ou l'enquête publique sur les décès obscurs ou violents qui sont signalés par les policiers, le réseau de la santé ou toute personne, et tout ce qui est requis pour assurer ce mandat (maintien des morgues, transport de cadavres et soutien administratif);

- la contribution au développement de mesures de protection de la vie humaine. La recherche de recommandations appropriées par les coroners, la transmission de celles-ci aux ministères, organismes et personnes concernées, les activités de maintien d'archives et de banques de données ainsi que le soutien aux chercheurs en prévention entrent dans ce créneau;

- l'information. La transmission des rapports d'investigation ou d'enquête aux proches et à tout demandeur, celle des documents annexés aux rapports aux ayants droit afin de faire connaître ou de faire reconnaître des droits ainsi que les activités de communication publique entrent dans ce créneau.

■ Les services offerts

Les services offerts par le Bureau du coroner sont :

- la transmission de copies conformes des rapports d'investigation et d'enquête à toute personne qui en fait la demande et des documents annexés à ces rapports aux personnes, associations, ministères ou organismes, dont la demande répond aux critères prévus par la loi;

- l'envoi aux intervenants concernés des recommandations formulées par les coroners lors des investigations ou des enquêtes qu'ils réalisent;

- l'accessibilité des archives des coroners aux fins d'étude, d'enseignement ou de recherche scientifique;

- la production d'analyses des phénomènes de mort violente;

- la réalisation d'ententes avec des milieux de recherche engagés dans la prévention des décès;

- l'information du public quant au mandat du coroner et du Bureau du coroner, à leur action et aux recommandations formulées par les coroners.

■ Les clientèles

La réalisation de la mission du Bureau du coroner se fait au bénéfice de divers groupes ou personnes. Le Bureau du coroner considère ceux-ci comme ses clientèles :

- les citoyens. Les citoyens constituent une clientèle sous deux aspects. D'une part, le rôle du coroner comme catalyseur de changements en ce qui a trait à la protection de la vie humaine donne à ce volet de sa mission un caractère sociétal. D'autre part, le travail qu'il accomplit permet de satisfaire le besoin de savoir de la société à l'égard de certains décès;

- la personne décédée. Le Bureau du coroner considère la personne décédée comme une de ses clientèles parce qu'il doit s'assurer que son corps sera traité avec tout le respect qui lui est dû;

- les proches, les ayants droit ou leurs représentants. Tout décès violent, obscur ou de cause indéterminée peut être source de réclamations, et même de litiges civils, de sorte que les ayants droit doivent obtenir toute l'information requise pour connaître et faire valoir leurs droits;

- les ministères et organismes. Certains ministères et organismes se servent de l'information recueillie par le coroner aux fins d'indemnisation, de prévention ou de recherche;

- les chercheurs dans le domaine de la prévention. Certains chercheurs ont besoin d'information recueillie par le coroner sur un décès aux fins de recherche ou de prévention.

■ Les partenaires

Les entités suivantes contribuent directement à la réalisation du mandat du coroner et sont, en ce sens, ses principaux partenaires :

- les corps policiers. Une enquête policière est effectuée dans la majorité des décès nécessitant l'intervention du coroner. Sauf dans les cas de nature criminelle, elle est menée pour le coroner, en vertu de la *Loi sur la recherche des causes et des circonstances des décès*. Dans le cas de sinistres causant un grand nombre de décès, l'appui des forces policières pour l'identification des victimes est essentiel à la réalisation du mandat du coroner;

- le réseau de la santé. Le réseau de la santé est un partenaire important du coroner sur trois plans. D'abord, la majorité des décès faisant l'objet d'une intervention du coroner sont constatés dans les salles d'urgence. Les établissements de santé doivent donc bien connaître les situations pour lesquelles ils doivent aviser un coroner. En outre, environ 1 000 autopsies sont réalisées annuellement à la demande des coroners par les pathologistes dans les établissements du réseau hospitalier. Enfin, les installations de plusieurs de ceux-ci sont utilisées comme morgues par les coroners;

- le Laboratoire de sciences judiciaires et de médecine légale (LSJML). Environ 1 000 expertises sont effectuées annuellement par les ressources professionnelles du LSJML (autopsies, analyses toxicologiques, anthropologie judiciaire, odontologie judiciaire, etc.);

- les établissements funéraires. Un grand nombre d'établissements funéraires agissent comme transporteurs pour acheminer les corps dans les hôpitaux ou au LSJML aux fins d'expertise. En outre, les installations de plusieurs d'entre eux sont aussi utilisées comme morgues par les coroners;

- le Centre de toxicologie du Québec. Partie intégrante de l'Institut national de santé publique du Québec, ce centre procède annuellement à plus de 5 000 analyses toxicologiques demandées par les coroners pour environ 1 400 décès investigués;

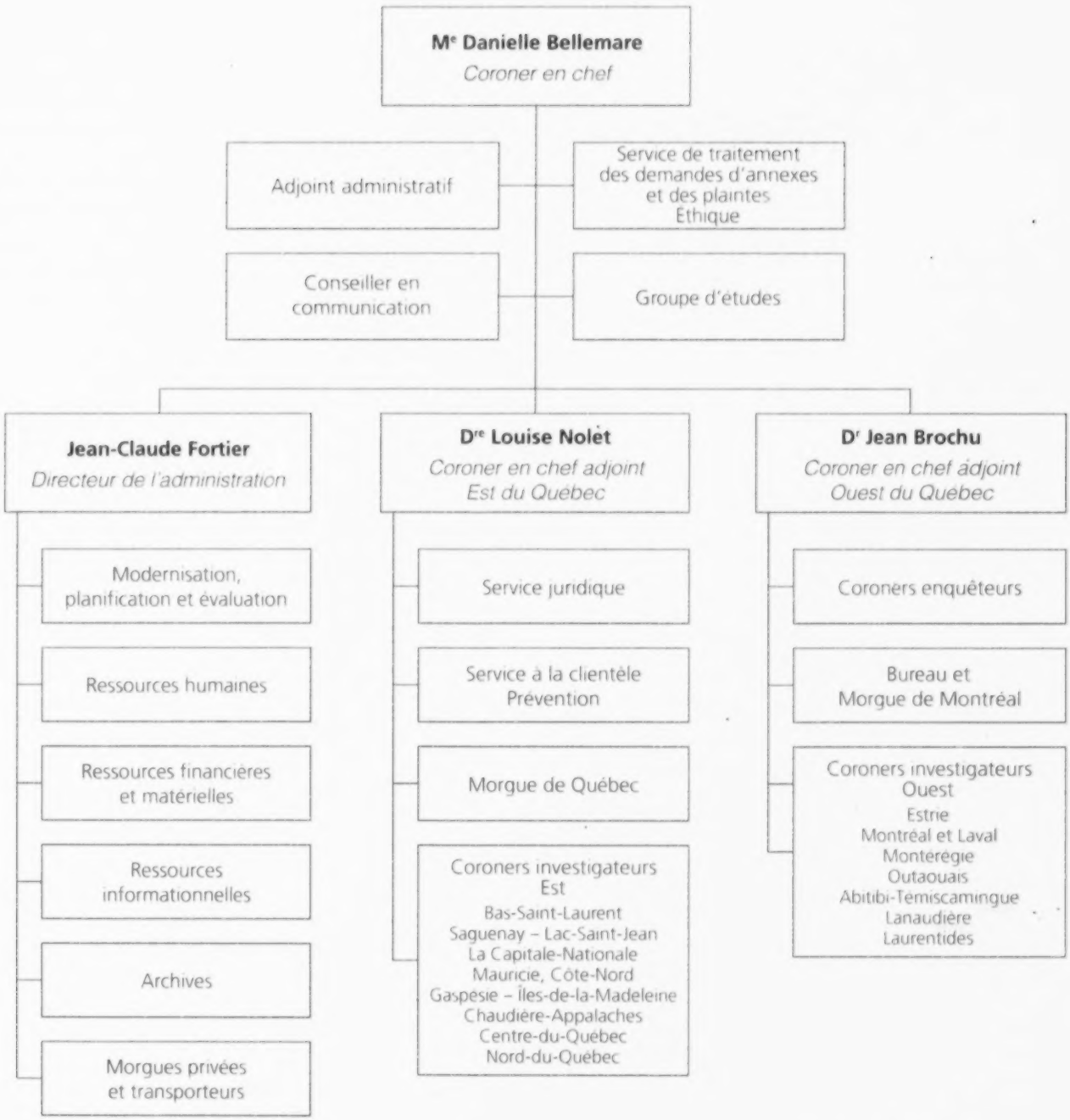
- les organismes ayant une fonction d'enquête. Le coroner agit de façon régulière en concertation avec d'autres organismes ayant des pouvoirs d'enquête, par exemple lors d'accidents de travail, avec la Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST) ou lors d'accidents aériens, ferroviaires ou maritimes, avec le Bureau de la sécurité des transports du Canada.

Par ailleurs, le Bureau du coroner collabore avec certains organismes ayant une mission de recherche ou agissant en prévention, les principaux étant le Groupe McGill d'études sur le suicide, le Centre de recherche sur le suicide et l'euthanasie (CRISE) de l'UQAM, l'Institut Fernand-Seguin, associé au Centre hospitalier Louis-Hypolite Lafontaine (projets de recherche touchant le suicide).

Enfin, le Bureau du coroner constitue une source d'information majeure pour plusieurs organismes voués à la prévention, dont la Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ) et la CSST, les centres de prévention du suicide, la Croix-Rouge canadienne (noyades).

L'ORGANISATION ADMINISTRATIVE

■ L'organigramme



■ Le coroner en chef

Le coroner en chef a, en vertu de la *Loi sur la recherche des causes et des circonstances des décès*, les pouvoirs d'un dirigeant d'organisme. Il doit également coordonner, répartir et surveiller le travail des coroners, veiller à ce que tout le territoire du Québec soit desservi par un coroner et s'assurer que l'infrastructure nécessaire à la réalisation du mandat confié au Bureau du coroner est en place.

En plus de son adjoint administratif et d'un groupe d'études, le coroner en chef a sous sa responsabilité directe les activités de communication, le traitement des demandes d'annexes et des plaintes ainsi que de l'éthique.

Les communications

En matière de relations de presse, le Bureau du coroner a publié près d'une cinquantaine de communiqués de presse au cours du dernier exercice et quatre conférences de presse se sont tenues. Les relations de presse faisaient état des ordonnances d'enquête, de la tenue d'audiences publiques, du dépôt de rapports d'investigation ou d'enquête, de résultats préliminaires d'autopsie et résumaient, dans un style journalistique, leur contenu.

Le Service de traitement des plaintes et des demandes d'annexes et l'éthique

Les plaintes reçues portent sur différents aspects du travail du coroner, particulièrement sur les délais de dépôt du rapport d'investigation ou d'enquête. La personne assurant ce service étudie la nature de la plainte, recueille l'information pertinente à son traitement et propose au plaignant une solution. Elle tient également un registre pour dresser un bilan des plaintes reçues, soit la nature de la plainte, le coroner concerné, le traitement donné à la plainte et le résultat de l'intervention par le responsable. Cette compilation peut permettre de déceler un problème récurrent.

Les demandes de documents annexés aux rapports d'investigation ou d'enquête sont traitées en vertu de l'article 101 de la *Loi sur la recherche des causes et des circonstances des décès*. Selon cet article, les copies certifiées conformes des documents annexés au rapport d'investigation ou d'enquête (rapport d'autopsie, rapport d'analyses toxicologiques, etc.) ne peuvent être transmises qu'aux personnes qui en ont besoin pour connaître ou faire reconnaître leurs droits. Les ministères ou les organismes publics peuvent aussi obtenir des documents annexés s'ils établissent que ceux-ci leur serviront dans la poursuite de l'intérêt public.

Le responsable de ce secteur est également le répondant en éthique. Il assure un rôle de veille dans le domaine de l'éthique en se référant, entre autres, au *Règlement sur l'éthique* ainsi qu'à la *Déclaration de valeurs de l'administration publique québécoise*. Il a également le rôle de renforcer la compréhension du personnel du Bureau du coroner à propos de ce règlement et des valeurs de la fonction publique québécoise et d'agir comme consultant pour le personnel.

■ Le coroner en chef adjoint de l'Est du Québec

En plus d'être responsable des coroners investigateurs de l'Est du Québec, il gère le Service juridique, le Service à la clientèle du Bureau du coroner, le secteur de la prévention ainsi que la morgue publique de Québec.

Le Service juridique

Les avocats affectés au secteur des affaires juridiques apportent un soutien à l'organisme et aux coroners. Ils agissent également comme procureurs aux enquêtes publiques.

Ce secteur fournit aussi des avis et des opinions juridiques quant à l'interprétation des lois et des règlements, ainsi qu'en matière d'amendements législatifs et réglementaires. Il rédige des contrats et des ententes conformément à la *Loi sur la recherche des causes et des circonstances des décès* (L.R.Q., c. R-0.2). De plus, il assure la représentation appropriée pour les procédures judiciaires concernant le coroner en chef et les coroners.

Ce secteur conseille également le coroner en chef sur les enquêtes publiques et assiste les coroners enquêteurs lors de ces enquêtes.

Le Service à la clientèle

Le Service à la clientèle analyse les rapports produits par les coroners sur les investigations réalisées et assure le contrôle de leur qualité. Le service répond aussi aux citoyens pour toutes les questions relatives à ces rapports. Il reçoit et achemine les plaintes au responsable pour leur traitement.

La transmission par un coroner d'un formulaire d'avis au Bureau du coroner entraîne l'ouverture d'un dossier. Les renseignements préliminaires qui y sont contenus sont saisis dans la banque de données. Cette dernière permet de confirmer aux personnes intéressées que le décès concerné sera étudié par un coroner, le cas échéant. De plus, le Service à la clientèle

enregistre dans cette banque les demandes de copies conformes du rapport qui sera déposé sur ce décès. Le service accuse réception de ces demandes et, afin de bien informer les citoyens, il y joint un document explicatif sur le rôle du coroner et sur ses méthodes d'investigation.

Le Service à la clientèle complète le dossier lorsqu'il reçoit du coroner le rapport d'investigation ou d'enquête et les documents annexés. Tous les rapports d'investigation et d'enquête sont lus, aux fins de contrôle de la qualité et d'analyse.

L'analyse consiste à extraire des rapports de coroners les renseignements à inscrire dans la banque de données. Le Bureau du coroner codifie les décès en s'inspirant de la Classification internationale des maladies de l'Organisation mondiale de la santé, ce qui facilite l'analyse et l'interprétation des données à des fins épidémiologiques.

Afin de mieux connaître les causes et les circonstances des décès, d'autres données sont également recueillies, notamment des caractéristiques sur les victimes telles que l'âge, le sexe, la présence et le type de drogues, le lieu du décès, etc. Environ une centaine de variables peuvent être colligées à partir des documents déposés par les coroners.

Les recommandations inscrites dans les rapports d'investigation ou d'enquête font l'objet d'une analyse particulière, pour vérifier si elles ont été adressées aux destinataires appropriés. Enfin, le Service à la clientèle fournit au coroner en chef tout le soutien nécessaire pour adresser ces recommandations aux instances concernées.

La prévention

Ce secteur d'activité soutient les coroners investigateurs ou enquêteurs dans la réalisation de leur mandat, notamment au chapitre de l'élaboration des recommandations. On y effectue des recherches sur les lois et les règlements en vigueur, la recherche d'articles scientifiques, la recherche de données statistiques et épidémiologiques ainsi que celle d'experts ou de personnes-ressources.

Une fois les recommandations formulées, ce secteur effectue le suivi auprès des organismes concernés.

En plus de répondre aux demandes des coroners, le responsable doit aussi renseigner le coroner en chef sur l'évolution des décès et effectuer, au besoin, l'analyse détaillée de certains phénomènes de décès.

Un des outils essentiels à la réalisation de ces mandats est la banque de données des coroners. Celle-ci est alimentée, depuis 1986, à partir des renseignements disponibles dans les rapports d'investigation ou d'enquête.

À des fins préventives et suivant certaines conditions, ces données peuvent être rendues accessibles. Chaque année, plusieurs organismes gouvernementaux, engagés dans des démarches pour la protection de la vie humaine, s'adressent au secteur de la prévention pour obtenir des données sur certains types d'événements mortels.

Nous estimons répondre, en moyenne chaque année, à 250 demandes de personnes, d'organismes et de groupes intéressés à la prévention. Des données brutes et des résultats d'études descriptives leur ont été fournis. Par ailleurs, environ 2 000 rapports d'investigation sont consultés annuellement par ces clients.

En outre, le Bureau du coroner collabore chaque année avec la SAAQ au jumelage des fichiers de données sur les décès de la route. Le fruit de ce travail est publié dans le Bilan statistique annuel de la SAAQ, en plus d'alimenter la base de données de la Fondation de recherches sur les blessures de la route au Canada, qui produit aussi un rapport annuel.

La morgue publique de Québec

Aux fins de l'application de la loi, le Bureau du coroner dispose de deux morgues sous son autorité directe, une à Québec et l'autre à Montréal. La morgue publique de Québec est sous la supervision du coroner en chef adjoint de l'Est du Québec.

Les morgues servent à la conservation temporaire des corps des personnes dont le décès est étudié par un coroner. Elles permettent également aux coroners d'examiner ces corps, de faire des prélèvements ou autres expertises nécessaires et de procéder à l'identification des personnes décédées. Le personnel de ces morgues assure un lien entre le coroner et les policiers, les hôpitaux, les transporteurs et les autres intervenants.

La supervision des coroners investigateurs de l'Est

Le coroner en chef adjoint de l'Est coordonne, répartit et surveille le travail des coroners investigateurs du Bas-Saint-Laurent, du Saguenay – Lac-Saint-Jean, de la Capitale-Nationale, de la Mauricie, de la Côte-Nord, de la Gaspésie – Îles-de-la-Madeleine, de Chaudière-Appalaches, du Centre-du-Québec et du Nord-du-Québec. À cette fin, il est en relation continue avec ces derniers afin de les informer, de les soutenir, de susciter des améliorations dans l'exercice de leurs fonctions, d'aborder et de résoudre les problèmes qui surviennent dans la réalisation de leur mandat.

■ Le coroner en chef adjoint de l'Ouest du Québec

En plus d'être responsable des coroners investigateurs de l'Ouest du Québec, il gère le travail des coroners enquêteurs et la morgue publique de Montréal.

La supervision des coroners enquêteurs

Le coroner en chef adjoint de l'Ouest du Québec coordonne, répartit et surveille le travail des coroners enquêteurs. Il est soutenu par le comité des enquêtes, composé des coroners enquêteurs permanents. Ce comité a pour mandat d'uniformiser les pratiques, d'établir les orientations communes et d'élaborer des outils de travail en matière d'enquêtes publiques.

La morgue publique de Montréal

La morgue publique de Montréal est sous la supervision du coroner en chef adjoint de l'Ouest du Québec. Tout comme celui de la morgue de Québec, le personnel de la morgue de Montréal assure un lien entre le coroner et les policiers, les hôpitaux, les transporteurs et les autres intervenants. La morgue publique de Montréal assure un service 24 heures sur 24.

La supervision des coroners investigateurs de l'Ouest

Le coroner en chef adjoint de l'Ouest coordonne, répartit et surveille le travail des coroners investigateurs de l'Estrie, de Montréal, de Laval, de la Montérégie, de l'Outaouais, de l'Abitibi-Témiscamingue, de Lanaudière et des Laurentides.

■ La Direction de l'administration

La Direction de l'administration fournit au coroner en chef et aux coroners en chef adjoints l'expertise et le soutien en matière de gestion humaine, financière, matérielle et informationnelle. Par des procédures et des mécanismes appropriés, elle s'assure du respect des normes et des politiques gouvernementales. Elle apporte également le soutien administratif et technologique nécessaire au bon fonctionnement de l'organisation.

Pour réaliser ses mandats, la Direction de l'administration regroupe les secteurs d'activité suivants :

- la modernisation;
- les ressources humaines;
- les ressources financières et matérielles;
- les ressources informationnelles;
- les morgues privées et les transporteurs;
- les archives.

La modernisation

Ce secteur coordonne la mise en œuvre et le suivi du cadre de gestion de la modernisation de l'administration publique. À ce titre, il collabore à la préparation de la planification stratégique et de la reddition de comptes de l'organisation. Il réalise divers documents, recherches et évaluations pour respecter les exigences de la *Loi sur l'administration publique*.

Les ressources humaines

Ce secteur fournit les services de soutien et de conseil en matière d'organisation administrative, de recrutement, de dotation en personnel régulier et occasionnel, de classification des emplois, de développement des ressources humaines, d'accès à l'égalité en emploi, d'aide et de conseil au personnel. Il traite les dossiers d'assiduité, gère les absences pour invalidité ou accident de travail, les départs à la retraite ainsi que l'application du programme d'aide aux personnes, le tout en collaboration avec le ministère de la Sécurité publique.

Il est également responsable de l'application de la *Loi sur la santé et la sécurité du travail*, de la rémunération et des avantages sociaux ainsi que de la présentation de certains dossiers auprès des organismes centraux et du ministère de la Sécurité publique. Il assure, de plus, la mise à jour des coordonnées des coroners et les diffuse aux personnes concernées.

Les ressources financières et matérielles

En matière de gestion des ressources financières, ce secteur conseille le coroner en chef et les coroners en chef adjoints, réalise les activités liées à l'élaboration du budget, à la gestion des engagements, aux paiements et aux revenus et produit des rapports financiers et des analyses financières.

Ce secteur s'occupe aussi des activités déléguées, à la suite de la décentralisation du système de gestion budgétaire et comptable (SYGBEC). À la demande d'organismes centraux, il prépare divers documents pour le cadre financier, la revue de programmes et l'enveloppe des crédits détaillés. Il prépare les documents destinés aux commissions parlementaires sur l'étude des crédits et les engagements financiers de 25 000 $ ou plus et y participe. Ce service prépare les données concernant la Commission sur l'administration publique.

En matière de gestion des ressources matérielles, ce secteur conseille le coroner en chef et les coroners en chef adjoints dans l'acquisition de biens et de services et leur offre le soutien nécessaire. Il réalise également des activités liées aux télécommunications.

Les ressources informationnelles

Le secteur des ressources informationnelles est responsable de la sécurité, du développement, de l'entretien et de l'exploitation du système informatisé de gestion des opérations qui renferme la base de données du Bureau du coroner. Il gère les différentes composantes technologiques : matériel, logiciels et réseau de télécommunications. De plus, il soutient ses utilisateurs.

Les morgues privées et les transporteurs

Certaines morgues privées, situées dans des centres hospitaliers et, occasionnellement dans les établissements funéraires, sont disponibles en région pour conserver des corps. Un service de transport est également assuré par les établissements funéraires sur tout le territoire du Québec afin d'acheminer, à la demande du coroner, les corps des personnes décédées aux endroits appropriés afin de procéder aux expertises nécessaires à l'investigation.

La Direction de l'administration, à cet égard, s'assure que des systèmes de transport et de morgues privées sont disponibles partout dans la province et en tout temps. Elle veille aussi à ce que ces systèmes soient conformes aux exigences du *Règlement sur l'identification, le transport, la conservation, la garde et la remise des cadavres, objets et documents*.

Les archives

La Direction de l'administration est responsable de la gestion des archives des coroners. Celles-ci sont constituées des originaux des rapports d'investigation et d'enquête ainsi que des documents annexés que les coroners doivent faire parvenir au coroner en chef.

Les documents des archives peuvent, sur autorisation du coroner en chef, être consultés aux fins d'étude, d'enseignement ou de recherche scientifique.

PARTIE 2 : PRÉSENTATION DES RÉSULTATS

LE CONTEXTE ET LES ENJEUX

■ Le contexte externe

Le nombre de décès signalés aux coroners a décliné de 18 % depuis 1999, mais tous les types de décès n'évoluent pas dans le même sens. Ainsi, il est impossible de prédire l'évolution du nombre global de décès nécessitant l'intervention des coroners dans les prochaines années. Cependant, le vieillissement de la population pourrait faire augmenter le nombre d'avis aux coroners pour des décès traumatiques, comme les chutes, touchant particulièrement les personnes âgées.

Par ailleurs, le contexte international se caractérise par une possibilité accrue d'actes terroristes susceptibles de causer de nombreux décès. Les catastrophes d'origine naturelle, humaine ou technologique sont aussi des éventualités pour lesquelles le Bureau du coroner doit se préparer adéquatement.

L'évolution des technologies de l'information et des communications et le souci d'humaniser, d'améliorer et de faciliter les échanges avec nos clientèles immédiates sont au centre de nos préoccupations. En outre, la *Loi sur l'administration publique* nous amène à revoir nos façons de faire en matière de prestation électronique de services et de communications avec la clientèle.

La banque de données du coroner en chef contient des renseignements très précis sur tous les décès traumatiques survenus au Québec depuis 1986. Elle s'avère une précieuse source d'information non seulement pour les coroners, mais aussi pour de nombreux chercheurs du réseau de la santé et des milieux universitaires. Les attentes envers cette banque de données sont d'autant plus élevées que plusieurs banques de données d'autres organisations ne permettent pas de repérer certains types de décès dont la surveillance est pourtant reconnue comme essentielle, notamment les suicides associés au jeu pathologique et les accidents liés au transport terrestre en dehors de la voie publique. De plus, depuis quelques années, plusieurs organisations qui colligent des données sur la mortalité ont adopté la dixième révision de la Classification internationale des maladies, dont les nouvelles règles de codification entraînent une perte de précision pour plusieurs causes externes de traumatismes. Par conséquent, il est à prévoir que la banque de données du coroner en chef prendra une importance stratégique de plus en plus grande pour de nombreux acteurs engagés dans la surveillance et la prévention des traumatismes.

La pénurie de pathologistes dans les centres hospitaliers du Québec représente une autre source de préoccupation. Les coroners recourent en effet à ces spécialistes pour toutes les autopsies qui ne relèvent pas du Laboratoire de sciences judiciaires et de médecine légale. Comme le reste du continent nord-américain, le Québec subit les conséquences de la diminution du nombre de ces pathologistes. En outre, la rémunération associée à ces actes médicaux est jugée insuffisante par ceux-ci. Les pathologistes des hôpitaux étant moins nombreux à effectuer des autopsies pour le coroner, le Bureau du coroner a donc dû s'assurer les services d'un pathologiste pour pallier cette difficulté. Le transport des corps vers ce pathologiste pour la réalisation des autopsies requises entraîne des coûts et des délais que la réalisation locale des autopsies permettrait d'éviter.

■ Le contexte interne

Les coroners investigateurs juristes doivent faire exécuter leurs examens externes par un médecin. Or, dans certaines régions, aucun médecin n'accepte de pratiquer un examen externe à la demande du coroner. Cette situation entraîne parfois des transports de cadavres ainsi que des coûts et des délais supplémentaires.

■ Les enjeux

Chacun des éléments de contexte requiert des actions qui constituent des enjeux pour le Bureau du coroner.

Il faudra veiller, notamment, à ce que les décès de personnes âgées répondant aux critères de la *Loi sur la recherche des causes et des circonstances des décès* soient signalés aux coroners. De plus, ces derniers devront être au fait des lacunes en prévention touchant le vieillissement de la population.

Le risque d'actes terroristes et de catastrophes naturelles a conduit tous les organismes qui ont des responsabilités en matière de sécurité à revoir leurs façons de faire. En se basant sur le *Guide d'identification des victimes de catastrophes* élaboré par Interpol, le Bureau du coroner a renouvelé son plan d'intervention en cas de sinistre en y intégrant la contribution de ses partenaires. Pour que ce plan soit mis en œuvre sur le terrain, le Bureau du coroner devra s'assurer que les ressources sont en place, que les conditions pour un arrimage efficace avec ses partenaires sont réunies et que les coroners et les membres du personnel appelés à jouer un rôle dans l'exécution du plan sont formés.

Une réflexion devra être faite sur les dispositions qui pourraient être prises pour que les coroners bénéficient des autopsies et des examens externes à moindres coûts.

Le coroner en chef doit s'assurer que sa banque de données demeure un outil de pointe pour accomplir la mission de prévention dévolue à l'institution. C'est pourquoi la mise à jour de la classification des décès utilisée par le Bureau du coroner depuis 1986 fera l'objet d'une réflexion, dans la perspective d'aligner la codification sur les standards internationaux reconnus, tout en maintenant un degré de précision optimal. Cette réflexion, principalement axée sur les besoins des coroners, tiendra également compte des attentes des chercheurs.

Un des enjeux majeurs est l'amélioration de la qualité des services offerts aux citoyens, enjeu partagé par l'appareil gouvernemental. Conséquemment, le Bureau du coroner devra consacrer des ressources pour élaborer des outils visant à améliorer tant la performance du coroner que la qualité de son travail, ce qui aura des répercussions sur les services offerts aux citoyens.

Afin d'assumer pleinement sa mission, il est en outre essentiel que le Bureau du coroner fasse preuve d'un effort soutenu dans la formation et l'assistance aux coroners.

LE RAPPEL DU PLAN STRATÉGIQUE ET DE LA DÉCLARATION DE SERVICES AUX CITOYENS

■ Le Plan stratégique

Le Plan stratégique reflète la vision du Bureau du coroner quant à la prévention des décès évitables, en considérant également le contexte et les enjeux qui la caractérisent. De ces éléments émergent deux orientations stratégiques fondamentales couvrant la période 2001 à 2005 :

- Première orientation :
  L'amélioration des services aux citoyens

  Elle permet de canaliser les efforts et les actions de l'organisation afin de répondre aux exigences de la *Loi sur l'administration publique* et d'offrir des services de qualité conformément aux besoins des citoyens.

- Deuxième orientation :
  Amélioration de la qualité de l'exercice de la fonction de coroner

  Cette orientation est au cœur de nos préoccupations quotidiennes et vise la mise en application optimale de la *Loi sur la recherche des causes et des circonstances des décès*, concrétisant ainsi la mission du Bureau du coroner.

■ La Déclaration de services aux citoyens

La Déclaration de services aux citoyens, diffusée le 1er avril 2001, renferme les engagements que le Bureau du coroner entend respecter afin d'offrir des services de qualité aux citoyens.

Les résultats obtenus en 2004-2005, à la suite de la mise en application des objectifs et des engagements contenus dans ce plan et cette déclaration, sont décrits dans les pages suivantes.

LES RÉSULTATS STRATÉGIQUES

Orientation stratégique 1 : Améliorer les services aux citoyens

Axe d'intervention 1 : Les communications

Objectif stratégique : Renforcer et moderniser les communications externes du coroner

Indicateurs et cibles	Résultats 2004-2005
La politique des communications avec les médias est révisée. Échéance prévue : septembre 2001.	Une politique des communications qui respecte le mandat du coroner et les dispositions de la loi est en vigueur depuis novembre 2004. Une conférence de presse s'est également tenue afin de rendre publique cette nouvelle politique. De nouveaux outils de communication, plus rapides et plus efficaces, sont également issus de cette politique.
Les lettres types utilisées dans les communications avec la clientèle sont mises à jour. Échéance prévue : septembre 2001.	La révision est terminée, mais les lettres ne sont pas encore intégrées au système informatique, puisqu'une éventuelle modification législative de la *Loi sur la recherche des causes et des circonstances des décès* et de l'un de ses règlements serait nécessaire.

Autres réalisations ou commentaires

Activités de communication

Le Bureau du coroner a collaboré, au cours de l'année, à des activités de formation portant sur le travail du coroner, la loi ou encore la prévention des décès. De l'enseignement se donne régulièrement dans les facultés de médecine de trois universités. Le Bureau du coroner a également participé à des activités de prévention concernant diverses problématiques, telles que le suicide, les décès de jeunes enfants, la pratique de certaines activités estivales, etc. Des conférences de presse ont lieu pour sensibiliser la population à l'égard de certains dangers ou phénomènes de mortalité ou pour diffuser un rapport de coroner.

De plus, aux trois mois, un article est rédigé par un coroner et publié dans la revue *Médecin du Québec*. Ces articles à caractère pédagogique informent davantage les médecins et les professionnels de la santé quant au rôle des coroners et à leurs principales constatations sur certains phénomènes de mortalité.

Site Web

Au cours de la période 2004-2005, le Bureau du coroner a amorcé la refonte de son site Web afin de mieux répondre aux besoins des citoyens et de ses divers utilisateurs et de le rendre plus convivial. Sous peu, nous pourrons y trouver, entre autres, toutes les recommandations formulées par les coroners qui seront mises à jour mensuellement. Les travaux de refonte se poursuivront en 2005-2006. Voici quelques statistiques concernant la consultation de notre site :

- en 2004, l'achalandage du site Internet a augmenté de 11 % par rapport à 2003;
- la moyenne mensuelle de visites était de 5 311 en 2004, comparativement à 4 784 en 2003;
- c'est toujours la page d'accueil qui, au fil des mois, a été la plus populaire;
- les rapports annuels de gestion sont aussi des documents très consultés, de même que la mission du Bureau du coroner. La « Demande de copie de rapport » est également consultée très régulièrement;
- près de 20 % des consultations mensuelles du site ont été faites par les organisations gouvernementales québécoises.

Axe d'intervention 2 : L'intervention en cas d'événements majeurs impliquant des décès multiples

Objectif stratégique : S'assurer que l'organisation est apte à faire face à tout événement majeur impliquant des décès multiples

Indicateurs et cibles	Résultats 2004-2005
Le plan d'intervention en cas de sinistre est mis à jour de façon continue. Activité continue.	Le plan d'intervention en cas de sinistre du Bureau du coroner a été présenté aux coroners en avril 2003. Ce plan permet de faire face à n'importe quel événement et intègre les contributions des partenaires majeurs du Bureau du coroner (les corps policiers, le réseau de la santé, le Laboratoire de sciences judiciaires et de médecine légale). En mars 2005, le plan révisé a été imprimé et distribué aux coroners et au personnel. Il est prévu également de le distribuer aux partenaires et de donner la formation requise aux coroners et au personnel susceptible d'intervenir dans de telles situations.
Autres réalisations ou commentaires	
Des efforts seront déployés dans les prochaines années pour convenir avec nos partenaires des modalités de mise en œuvre de leur contribution prévue au plan d'intervention en cas de sinistre, pour diffuser ce plan et donner la formation requise, maximisant ainsi l'efficacité de la collaboration des différents partenaires.	

Axe d'intervention 3 : La protection des renseignements personnels

Objectif stratégique : Poursuivre l'amélioration de la protection des renseignements personnels

Indicateurs et cibles	Résultats 2004-2005
Nombre de plaintes traitées. Activité continue.	Aucune plainte n'a été reçue.
Autres réalisations ou commentaires	
Le nouveau système informatique contenant les renseignements sur les interventions des coroners a contribué à améliorer la sécurité des données. Il permet un meilleur contrôle des utilisateurs du système et l'attribution des droits d'accès selon les tâches des employés.	

Axe d'intervention 4 : Les autopsies

Objectif stratégique : Augmenter l'éventail des ressources pour la réalisation des autopsies demandées par les coroners

Indicateurs et cibles	Résultats 2004-2005
Nombre de centres hospitaliers additionnels. Activité continue.	Depuis octobre 2004, l'hôpital Sainte-Croix de Drummondville pratique des autopsies à la demande des coroners.
Autres réalisations ou commentaires	
En raison de la pénurie de pathologistes, ceux-ci ont, pour la plupart, diminué leur pratique d'autopsies requises par les coroners, et ce, partout dans la province. Il s'avère donc très difficile pour le moment d'augmenter le nombre de centres hospitaliers qui pratiquent des autopsies pour les coroners.	

Orientation stratégique 2 : Améliorer la qualité de l'exercice de la fonction de coroner

Axe d'intervention 1 : Les coroners investigateurs

Objectif stratégique : S'assurer de la qualité et de l'uniformité de l'exercice de la fonction de coroner investigateur

Indicateurs et cibles	Résultats 2004-2005
Un programme de formation continue et de contrôle de la qualité. Échéance prévue : octobre 2002.	Tous les nouveaux coroners reçoivent une formation du Bureau du coroner. Un manuel de référence sur l'investigation a été publié en 2001 et distribué à tous les coroners et au personnel du Bureau du coroner, ainsi qu'à de nombreux partenaires. Le Bureau du coroner organise, tous les deux ans, un colloque des coroners afin de leur offrir une formation continue. Le prochain colloque est prévu pour avril 2005. Afin d'inciter les coroners à l'excellence, le Bureau du coroner a implanté, en octobre 2002, un programme de reconnaissance des coroners. Celui-ci permet de délivrer à des coroners des certificats de mérite reconnaissant la qualité exceptionnelle de leur travail lors d'une investigation ainsi que la valeur de leur engagement dans leur milieu. Le programme détermine les conditions d'admissibilité et les critères de sélection pour chaque type de certificat. Il prévoit également qu'un comité de sélection, formé annuellement par le coroner en chef et présidé par un coroner en chef adjoint, assure l'évaluation des dossiers et des candidats et choisit les récipiendaires. Ces certificats sont décernés aux coroners lors du colloque.
Pourcentage de coroners formés.	Étant donné que le colloque ne s'est pas tenu cette année, aucune donnée n'est disponible.
La qualité de l'exercice de la fonction des coroners est évaluée.	Le Service à la clientèle prend connaissance de tous les rapports d'investigation et s'assure de leur conformité avec la loi. Le programme de reconnaissance contribue également à l'évaluation de la qualité de l'exercice de la fonction de coroner.

Autres réalisations ou commentaires

Un outil de soutien pour les coroners investigateurs dans la gestion de leurs dossiers a été conçu et est opérationnel depuis l'automne 2004, moment correspondant à l'échéance qui avait été préalablement fixée. Cet outil permet d'accroître l'efficacité et la qualité du travail de ses utilisateurs. Il s'agit d'un logiciel facilitant la gestion et la réalisation de leurs dossiers. Trois volets sont couverts : le suivi des dossiers, l'impression de formulaires et la consultation d'une banque documentaire inhérente au travail du coroner.

Un bottin informatisé des ressources est également en élaboration. Cet outil permettra de repérer, sur tout le territoire du Québec, les ressources locales et régionales qui peuvent soutenir le coroner lors de ses investigations portant sur des décès uniques ou multiples.

Axe d'intervention 2 : Les coroners enquêteurs

Objectif stratégique : S'assurer de la qualité et de l'uniformité de l'exercice de la fonction de coroner enquêteur

Indicateurs et cibles	Résultats 2004-2005
Les normes de pratique en matière d'enquêtes sont précisées. Échéance prévue : juin 2002.	Tout comme les coroners investigateurs, les coroners enquêteurs bénéficient d'une formation à leur entrée en fonction, participent au colloque et sont également admissibles à recevoir des certificats de mérite. Un guide pratique sur l'enquête publique du coroner, produit en février 2003, a été distribué à tous les coroners et au personnel du Bureau du coroner. Au besoin, des exemplaires sont remis aux personnes intéressées ou touchées par une enquête publique. Ce guide vise à éclairer toute personne appelée à participer à une enquête. Le programme de reconnaissance contribue également à l'évaluation de la qualité de l'exercice de la fonction des coroners enquêteurs.
Autre réalisation ou commentaires	
Un comité des enquêtes se réunit pour traiter de sujets liés aux enquêtes et ainsi apporter des améliorations continues à ce secteur d'activité.	

LES RÉSULTATS AU REGARD DES ENGAGEMENTS DE LA DÉCLARATION DE SERVICES AUX CITOYENS

■ Un service courtois et personnalisé

La publication et la diffusion de la Déclaration de services aux citoyens a suscité une préoccupation et une sensibilisation accrues auprès du personnel sur sa manière de servir les citoyens.

Une des améliorations notables à souligner est l'envoi automatique aux journalistes de l'information d'intérêt public diffusée par le Bureau du coroner dans leur boîte de courriel. Ce service personnalisé et plus efficace apporte également des répercussions positives quant à l'information aux citoyens.

■ Un service disponible

Le Bureau du coroner offre un service partout au Québec. Toutes les régions du Québec sont couvertes par les coroners et il est possible de les joindre en tout temps. La répartition des coroners par région figure en annexe de ce rapport.

De plus, un service de transport et de conservation des corps est assuré sur tout le territoire afin de réaliser des expertises nécessaires à l'investigation du coroner. Pour ce faire, deux morgues publiques sont disponibles, soit celles de Montréal et de Québec. La morgue de Montréal assure un service 24 heures sur 24 et prend la relève de la morgue de Québec durant le quart de nuit.

Des centres hospitaliers offrent aussi un service de morgue lorsque nécessaire. En certaines occasions, des morgues privées situées dans des établissements funéraires peuvent être mises à la disposition des coroners.

■ Un service rapide

Un accusé de réception pour une correspondance postale, électronique ou téléphonique est donné dans un délai de cinq jours.

Afin de respecter ce délai, le système informatique produit immédiatement les accusés de réception liés aux demandes de copies certifiées conformes de rapports d'investigation ou d'enquête, qui représentent une grande partie de notre correspondance.

Par ailleurs, les membres du personnel doivent prendre les messages reçus dans leur boîte vocale respective et rappeler rapidement. Leur message téléphonique personnalisé doit contenir des renseignements sur la durée de leur absence et la date de leur retour. Le personnel du Service à la clientèle prend connaissance quotidiennement des demandes transmises par courrier électronique.

■ Un service accessible

Conformément à son engagement, le Bureau du coroner offre la possibilité, pendant ses heures d'ouverture, de s'adresser directement à une réceptionniste.

De plus, notre site Internet diffuse l'information sur les services offerts par le Bureau du coroner ainsi que les coordonnées pour nous joindre.

Par ailleurs, au moyen d'un formulaire dans notre site, les citoyens peuvent acheminer une demande de copie conforme d'un rapport d'investigation ou d'enquête. Des démarches sont présentement en cours avec le ministère de la Sécurité publique, qui héberge le site Web du Bureau du coroner, afin d'améliorer ce site et d'offrir aux citoyens une prestation électronique de services à valeur ajoutée.

■ Un service à l'écoute

Depuis avril 2002, un processus formel de traitement des plaintes a été mis en place et est encadré par une politique. Un responsable du traitement des plaintes a été nommé et un formulaire pour colliger les plaintes a été conçu.

Toute plainte, tout commentaire ou toute suggestion concernant la qualité des services reçus peut être adressé au coroner en chef, au Bureau de Québec.

■ Un service qui garantit la protection des renseignements personnels

Notre devoir et nos préoccupations continuelles sont d'assurer la protection des renseignements personnels conformément aux dispositions de la *Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels* et de la *Loi sur la recherche des causes et des circonstances des décès*.

LES RÉSULTATS DE L'APPLICATION DE LOIS, POLITIQUES ET RÈGLEMENTS GOUVERNEMENTAUX

■ L'accès à l'égalité en emploi

Divers programmes gouvernementaux sont en vigueur afin d'augmenter la représentation des membres des différentes composantes de la société québécoise. Nous devons donc respecter les objectifs fixés pour chacun des programmes et en faire état dans le rapport annuel de gestion.

Au cours de l'exercice 2004-2005, le Bureau du coroner a procédé à l'embauche d'un employé permanent, de trois employés occasionnels pour effectuer des remplacements temporaires et de deux étudiants pour la période estivale.

Les membres des communautés culturelles, autochtones et anglophones

De ces six personnes embauchées, trois d'entre elles font partie d'une communauté culturelle, ce qui représente 50 % du taux d'embauche et dépasse l'objectif gouvernemental de 25 %. Aucune d'entre elles n'est autochtone ni anglophone.

Quant au taux de représentation des membres des communautés culturelles et des anglophones parmi l'effectif régulier, il s'élève à 2 % dans les deux cas, mais aucun autochtone n'y est toutefois représenté. Rappelons que la cible gouvernementale est de 9 % dans tous ces cas.

Les personnes handicapées

Les personnes handicapées ne sont pas représentées au Bureau du coroner, bien que la cible gouvernementale soit de 2 %.

Quoique le Bureau du coroner soit très sensibilisé aux objectifs gouvernementaux en matière d'égalité en emploi, sa petite taille et son très faible taux de roulement expliquent le peu d'embauche.

Jeunes de moins de 35 ans

Des personnes embauchées, 83 % étaient âgées de moins de 35 ans, ce qui dépasse la cible gouvernementale en matière de rajeunissement de la fonction publique, qui est de 75 %.

Les femmes

Dans la plupart des corps d'emploi, le taux de représentation des femmes est supérieur à la cible gouvernementale.

Les femmes représentent un peu plus de 50 % de l'effectif régulier du Bureau du coroner qui se répartit comme suit :

Catégorie d'emploi	Femmes	Effectif autorisé	% de femmes
Emploi supérieur (coroners)	5	14	36
Cadre supérieur	0	2	0
Professionnel	6	10	60
Technicien	3	3	100
Employé de bureau	15	15	100
Ouvrier	1	12	8
Total	**30**	**56**	**54**

L'accès à l'information et la protection des renseignements personnels

Au cours de 2004-2005, le Bureau du coroner a reçu et traité deux demandes d'accès à l'information en vertu de la *Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels*. Le nombre de demandes d'accès à l'information est à peu près semblable d'une année à l'autre.

Afin de respecter ses engagements dans sa Déclaration de services aux citoyens et son Plan stratégique et de faciliter l'application de la *Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels*, le Bureau du coroner participe aux activités du réseau des responsables de l'accès à l'information et de la protection des renseignements personnels des ministères et organismes.

L'organisation assure et contrôle la sécurité et l'accès des systèmes informatiques en collaboration avec le ministère de la Sécurité publique. De plus, le nouveau système informatique contenant les renseignements sur les interventions des coroners a contribué à améliorer la sécurité des données. Il permet un meilleur contrôle des utilisateurs du système et l'attribution des droits d'accès selon les tâches des employés.

La politique linguistique

Le Bureau du coroner applique la même politique linguistique que le ministère de la Sécurité publique. Un outil linguistique est disponible dans l'intranet ministériel afin d'informer le personnel quant à l'amélioration de la qualité de son français. De plus, tout document officiel est transmis à la révision linguistique avant sa publication.

L'éthique et la déontologie

Le *Code de déontologie des coroners*, reproduit en annexe, est remis à tous les nouveaux coroners. Il décrit les devoirs des coroners envers le défunt, le public, les autres coroners, les personnes impliquées dans les circonstances d'un décès et les personnes appelées à participer à une investigation ou à une enquête. Aucun manquement à ce code n'a été soulevé en 2004-2005.

Le développement des ressources humaines

En vertu de la *Loi favorisant le développement de la formation de la main-d'œuvre*, une proportion de 1 % de la masse salariale doit être réservée à la formation. Le Bureau du coroner a atteint cet objectif puisqu'il a consacré 1 % à la formation et au développement de ses ressources humaines.

Le programme d'aide aux personnes

Ce programme vise à offrir de l'aide aux personnes, afin qu'elles puissent prévenir ou résoudre des problèmes personnels ou professionnels nuisant ou susceptibles de nuire à leur rendement au travail. Ces services, gratuits et confidentiels, reposent sur une démarche volontaire de la part des employés.

Le Bureau du coroner a consacré, au cours du présent exercice, 2 002 $ à ce programme qui s'inscrit dans la volonté de l'organisation de favoriser le développement et la santé des personnes au travail.

La santé et sécurité au travail

Tout comme l'an dernier, aucun accident de travail ni aucune maladie professionnelle occasionnant la perte de jours de travail ne se sont produits. Par contre, un employé a été en invalidité au cours de cette année.

La protection des non-fumeurs

Conformément à la *Loi sur le tabac*, il est interdit de fumer dans les locaux et les établissements appartenant au Bureau du coroner.

PARTIE 3 : BILAN DE L'UTILISATION DES RESSOURCES

LES RESSOURCES HUMAINES

Le territoire du Québec est desservi par des coroners qui, en tout temps, peuvent prendre avis pour des décès signalés principalement par le réseau de la santé ou les corps policiers. Au 31 mars 2005, 76 coroners étaient actifs, y compris le coroner en chef et les coroners en chef adjoints. De ce nombre, 12 étaient permanents et 64 travaillaient à temps partiel. Parmi ceux-ci, 49 ont une formation médicale et 15 une formation juridique. Quant aux coroners permanents, on dénombre sept coroners investigateurs et trois coroners enquêteurs.

À l'exception des régions de Québec, de Montréal, de l'Estrie, de Lanaudière et du Nord-du-Québec où l'essentiel du travail est fait par des coroners investigateurs permanents, les autres régions du Québec sont desservies par des coroners investigateurs à temps partiel. Les coroners investigateurs à temps partiel sont des professionnels qui, en plus de leur charge de travail, acceptent d'agir comme coroners dans un territoire que leur assigne le coroner en chef.

Les coroners sont assistés, dans leurs fonctions, par le personnel de la fonction publique sur les plans professionnel et administratif. Au 31 mars 2005, l'effectif autorisé comprenait 56 équivalents à temps complet, soit 51 permanents et 5 occasionnels. On comptait le même nombre d'effectifs en 2003-2004. Le tableau qui suit présente la répartition de ces emplois, selon leur catégorie.

Catégorie d'emploi	Permanents	Occasionnels	Total
Coroners	14		14
Cadres	3		3
Professionnels	10		10
Techniciens	3		3
Employés de bureau	15		15
Ouvriers	6	5	11
Total	**51**	**5**	**56**

LES RESSOURCES FINANCIÈRES

Le tableau ci-dessous présente la répartition des crédits octroyés au 1er avril 2004 pour 2004-2005 ainsi que celle de 2003-2004.

Répartition des crédits votés le 1er avril 2004 pour 2004-2005

Crédits	2003-2004 (k$)	2004-2005 (k$)
Traitement	3 733,8	3 887,3
Fonctionnement	3 021,1	3 120,6
Capital	88,4	88,4
Total	**6 846,3**	**7 096,3**

Au cours de 2004-2005, les crédits ont été majorés de 120,9 k$ pour un total de 7 217,2 k$. Ces crédits supplémentaires ont été octroyés pour combler le sous-financement des enquêtes publiques et des dépenses liées aux investigations tels les honoraires des coroners à temps partiel, les frais d'analyses toxicologiques, d'autopsies et de transports des personnes décédées.

Le tableau qui suit présente les dépenses réelles par grandes catégories budgétaires au 31 mars 2005.

Dépenses réelles, par catégories budgétaires, au 31 mars 2005

Dépenses	2003-2004 (k$)	2004-2005 (k$)
Traitement	3 774,1	3 846,9
Fonctionnement	3 235,7	3 074,5
Capital	59,2	103,7
Total	**7 069,0**	**7 025,1**

Les crédits périmés, pour l'année financière 2004-2005, s'élèvent à 192,1 k$.

SECTION 2

LE RAPPORT DES ACTIVITÉS DES CORONERS

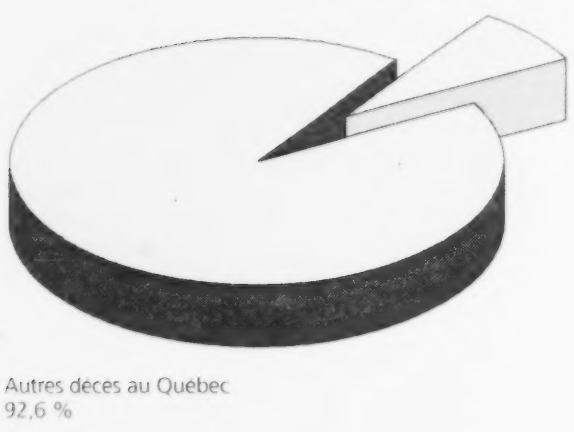
LES INVESTIGATIONS

■ Les décès signalés aux coroners

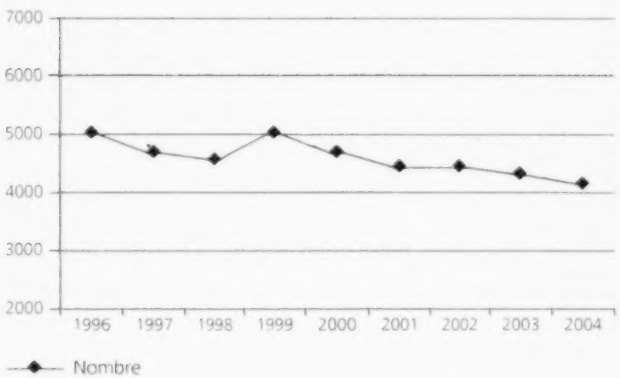
En 2004, 4 094 décès ont été signalés aux coroners du Québec. Comme l'indique le graphique suivant, les coroners sont intervenus dans 7,4 % des 55 300 décès survenus au Québec en 2004. Depuis 1997, le nombre de décès signalés aux coroners est inférieur à 5 000 annuellement. La grande majorité des investigations est réalisée par des coroners à temps partiel (72 %).

Proportion des décès signalés aux coroners sur l'ensemble des décès survenus au Québec en 2004

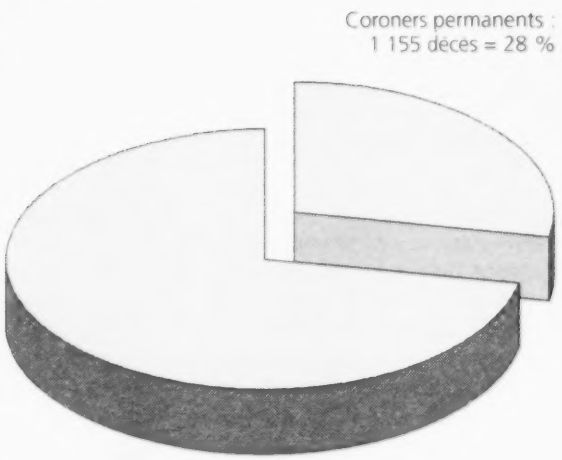
Décès signalés aux coroners : 4 094
Total estimé des décès au Québec : 55 300



Évolution des décès signalés aux coroners de 1996 à 2004



Répartition des décès signalés entre les coroners permanents et les coroners à temps partiel, 2004



Lorsqu'un décès est signalé à un coroner, ce dernier prend connaissance du cas et informe le coroner en chef, dans les jours suivant l'avis de signalement, des raisons de son intervention.

Le tableau suivant présente les principales raisons qui ont justifié l'intervention des coroners en 2004. Les décès dans des circonstances obscures ou violentes représentent la plus grande part (67,1 %) des interventions des coroners. Viennent ensuite les décès dont les causes médicales probables ne peuvent être établies (22,8 %). Une partie du travail des coroners consiste aussi à autoriser la sortie d'un corps du Québec (8,0 %) et, dans le cas de décès survenus dans des circonstances obscures ou violentes, à autoriser l'entrée au Québec d'un corps en provenance d'une autre province ou d'un pays étranger (0,4 %). Les autres raisons justifiant l'intervention des coroners sont généralement des décès qui surviennent dans des lieux bien précis, comme entre autres, les prisons, les familles d'accueil et les garderies.

Répartition des décès signalés aux coroners selon la raison de l'intervention en 2004

Raison de l'intervention	Nombre	%
Circonstances obscures ou violentes	2 747	67,1
Causes médicales indéterminées	934	22,8
Autorisation de sortie d'un corps du Québec	327	8,0
Autorisation d'entrée d'un corps au Québec	15	0,4
Autres raisons ou raison non disponible	71	1,7
Total des décès signalés	**4 094**	**100,0**

■ Délai entre le signalement d'un décès et le dépôt du rapport d'investigation du coroner

Sauf dans les cas d'autorisation d'entrée ou de sortie de corps, la préparation du rapport d'investigation exige souvent que le coroner attende les résultats de l'autopsie, des tests d'alcoolémie, de toxicologie ou d'autres examens de laboratoire ou d'expertises particulières et les rapports d'enquête des policiers. Il s'écoule donc un certain temps entre le début de l'investigation du coroner et la transmission de son rapport d'investigation au coroner en chef. Sur la base des investigations terminées de 2000 à 2003, le délai moyen entre la prise d'avis et le dépôt du rapport du coroner est d'environ 8 mois.

Sur les 4 094 décès signalés en 2004, 3 272 rapports étaient terminés et transmis au coroner en chef au 28 juillet 2005. Il reste donc, à cette même date, 822 décès en cours d'investigation, soit 20,1 % des décès signalés.

État des rapports d'investigation sur les décès signalés en 2004

État des rapports au 28 juillet 2005	Nombre	%
Rapports terminés	3 272	79,9
Rapports non terminés	822	20,1
Total des décès signalés	**4 094**	**100,0**

Les rapports remis en 2004

Un total de 4 318 rapports ont été remis en 2004, dont 3 160 (73,2 %) par des coroners à temps partiel et 1 158 (26,8 %) par des coroners à temps plein. Le tableau suivant fait état de la ventilation des rapports reçus en 2004 selon le type de décès. Puisque ces rapports concernent des décès survenus au cours de différentes années, il ne serait pas utile d'en faire une analyse épidémiologique plus détaillée.

Rapports d'investigation reçus en 2004 selon le type de décès

Type de décès	Nombre	%
Accident	1346	31,1
Suicide	1315	30,5
Décès de cause naturelle	1098	25,5
Sortie de corps	320	7,4
Homicide	115	2,7
Décès traumatique d'intention indéterminée	69	1,6
Décès de cause indéterminée	47	1,0
Entrée de corps	8	0,2
TOTAL	**4318**	**100**

■ Les demandes de copies conformes des rapports

Les copies conformes des rapports transmises sur demande

En 2004, le Bureau du coroner a transmis 3 401 copies conformes de rapports de coroners demandées par les familles des personnes décédées et par les tiers intéressés (assureurs, notaires, etc.), ce qui représente environ la moitié de l'ensemble des copies conformes transmises sur demande.

3 293 copies de rapports ont aussi été transmises aux corps policiers et aux hôpitaux, en vertu d'ententes préalables relativement à certains types de décès.

Par ailleurs, 123 copies de rapports d'investigation ou d'enquête ont été demandées par des organismes qui travaillent en prévention des blessures ou qui effectuent des recherches dans ce domaine. Dans ces cas, il s'agit de requêtes concernant des types de décès particuliers.

Répartition des copies conformes transmises sur demande en 2004, selon la provenance

Clientèle	Nombre	%[1]
Citoyens et autres	**3 401**	**49,9**
– Familles	2 336	34,3
– Compagnies d'assurances	487	7,1
– Avocats et notaires	232	3,4
– Autres (amis, médias)	346	5,1
Collaborateurs	**3 293**	**48,3**
– Corps policiers	3 229	47,4
– Hôpitaux	64	0,9
Ministères et organismes intervenant en prévention	**123**	**1,8**
Total des copies conformes transmises sur demande	**6 817**	**100,0**

1. Les pourcentages en gras sont calculés sur le total des copies conformes transmises sur demande.

■ Les autopsies et les examens de laboratoire

Le tableau suivant présente la répartition des expertises demandées par les coroners en 2004.

Des autopsies ont été ordonnées pour 37,5 % des décès signalés aux coroners, ce qui représente un total de 1 542 autopsies. Selon les données disponibles, environ le tiers de ces autopsies ont été pratiquées par le Laboratoire de sciences judiciaires et de médecine légale à Montréal, et les autres, dans des hôpitaux.

Les examens de laboratoire sont aussi fréquemment demandés par les coroners pour éclaircir les causes et les circonstances du décès. Les données préliminaires pour 2004 montrent que, dans près d'un décès sur deux, le coroner demande de tels examens.

Autopsies et examens de laboratoire demandés par les coroners et lieux d'exécution en 2004[1]

Expertises	Nombre	%[2]
Autopsies	**1 542**	**37,7**
– Laboratoire de sciences judiciaires et de médecine légale	526	(34,1)
– Hôpitaux	954	(61,9)
– Données non disponibles	62	(4,0)
Alcoolémie ou toxicologie	**1 932**	**47,2**
– Laboratoire de sciences judiciaires et de médecine légale	477	(20,7)
– Centre de toxicologie du Québec	1 422	(78,3)
– Centres hospitaliers	33	(1,0)
Autres expertises[3]	**483**	**11,8**

1. Les données sont préliminaires.
2. Les pourcentages en gras sont calculés sur les 4094 décès signalés en 2004, alors que les pourcentages entre parenthèses se rapportent au sous-total de chaque catégorie.
3. Il s'agit, par exemple, de la vérification mécanique d'un véhicule, d'une expertise en anthropologie judiciaire, d'une expertise en balistique.

Les rapports d'investigation les plus marquants déposés au cours de l'exercice 2004

Noyade lors d'une promenade en véhicule tout-terrain

Un homme de 55 ans, circulant sur un chemin forestier avec son véhicule tout-terrain, se noie alors qu'il tente de traverser un ruisseau qui déborde fréquemment au printemps et lors de pluies abondantes. L'homme avait traversé les trois quarts du ruisseau quand l'eau a monté jusqu'à la hauteur de ses mollets, faisant dériver son VTT. À la suite de cet accident, le ministère des Ressources naturelles, de la Faune et des Parcs a fait détruire un ponceau qui faisait obstacle à la crue des eaux à cet endroit.

Toutefois, le coroner a recommandé au ministère des Ressources naturelles, de la Faune et des Parcs de faire un inventaire des chemins forestiers situés dans cette région et de fermer ces chemins lorsqu'ils sont dangereux.

Conduite automobile et téléphone cellulaire

L'accident est survenu alors qu'un conducteur a quitté la route des yeux pour répondre à son téléphone cellulaire. Son véhicule s'est alors retrouvé en plein milieu de la chaussée. Il a tenté de dégager rapidement la voie, mais un tracteur semi-remorque l'a heurté et est ensuite entré en collision avec un autre véhicule. Le conducteur de ce dernier est décédé.

Dans son rapport, le coroner recommande à la Société de l'assurance automobile du Québec d'inclure dans son *Code de la sécurité routière* l'interdiction de l'usage du téléphone cellulaire par le conducteur d'un véhicule en mouvement, sous peine d'amende.

Intoxication à l'oxyde de carbone

Un homme de 84 ans demeurant dans une résidence pour personnes âgées décède d'une intoxication à l'oxyde de carbone. Quelques jours avant le décès de l'octogénaire, des résidants et des employés avaient présenté des symptômes s'apparentant à une gastroentérite et plusieurs avaient été conduits dans un centre hospitalier.

Toutefois, lorsque les personnes ayant séjourné à l'hôpital retournent à la résidence, les symptômes réapparaissent et un homme est découvert sans vie dans sa chambre.

Le propriétaire du bâtiment constate alors des bruits bizarres provenant du système de chauffage, un frimas inhabituel entre le réservoir d'eau chaude et le tuyau d'évacuation ainsi que l'échappement d'un gaz jaunâtre. Des concentrations anormalement élevées d'oxyde de carbone sont alors détectées dans toutes les pièces de la résidence.

Dans son rapport, le coroner recommande, entre autres, l'inspection et l'entretien réguliers des appareils de chauffage et la vigilance de la population sur des symptômes compatibles avec une intoxication à l'oxyde de carbone.

Bandes réfléchissantes pour piétons

Un homme de 82 ans est heurté mortellement par un véhicule alors qu'il s'engage dans une traverse de piétons à une intersection, en début de soirée. L'octogénaire portait des vêtements foncés et il n'y avait aucun système d'éclairage à ce passage pour piétons. De plus, il a été déterminé que le véhicule circulait à au moins 62 km/h, alors que la limite de vitesse est de 50 km/h dans cette zone.

Les principales recommandations du coroner concernent la sensibilisation de la population au port de vêtements clairs, voire à l'utilisation de bandes réfléchissantes pour les piétons qui circulent sur les routes à la noirceur. Il mentionne aussi l'importance d'utiliser le passage pour piétons lorsqu'il y en a un.

Noyade lors d'un moment de confusion

Un homme décède par noyade après que son automobile s'est engouffrée dans un lac. C'est un citoyen qui alerte alors les policiers après avoir aperçu des objets flottant près du quai et une automobile dans le fond du lac.

Selon le rapport du coroner, aucune trace de freinage n'est décelée sur la terre ferme où le véhicule est passé avant d'être immergé et aucune lésion traumatique significative n'a été trouvée sur le corps de la victime. Toutefois, l'autopsie a révélé une tumeur située dans les noyaux gris centraux de l'hémisphère droit du cerveau. Le coroner précise qu'une telle lésion peut entraîner une désorientation dans le temps et dans l'espace. D'ailleurs, selon les proches de la victime, cette dernière présentait de la confusion et de l'incohérence dans son comportement lors des deux dernières semaines de sa vie.

Comme il pleuvait abondamment ce soir-là et que la route était inondée à plusieurs endroits, il est possible que la victime, en état de confusion, se soit avancée dans les eaux du lac en croyant traverser un trou d'eau.

Les dangers de l'utilisation d'une ventouse lors d'un accouchement

Un nouveau-né décède huit heures après sa naissance, d'une asphyxie néonatale occasionnée par un choc hypovolémique.

Lors de l'accouchement à la suite d'une grossesse normale, une ventouse est utilisée pour extraire le bébé et aider la mère épuisée. Normalement, cette méthode provoque chez le nouveau-né un céphalohématome qui régresse avec le temps et laisse peu de séquelles à long terme.

Toutefois, le céphalohématome de ce bébé avait un diamètre de 15 cm et une épaisseur de 1 cm. Ce céphalohématome contenait 225 ml de sang, tandis que la quantité de sang en circulation chez un nouveau-né est d'environ 350 ml. Étant donné la rareté de cette complication et le peu de signes extérieurs confirmant ce diagnostic, le choc hypovolémique n'a pu être décelé immédiatement après la naissance de l'enfant.

Dans son rapport, le coroner recommande que les différentes associations québécoises des professionnels de la santé touchant la périnatalité soient informées de ce décès et que l'Association des omnipraticiens en périnatalité du Québec fasse la promotion du programme « STABLE » auprès de ses membres.

Un pilote d'avion en santé : une nécessité

Un pilote d'aéronef décède lors de l'écrasement de son appareil dans un champ. Comme l'aéronef était bien entretenu et qu'il n'y a eu aucune défaillance d'un système, le coroner conclut que le pilote a subi un malaise au cours du vol.

En effet, neuf jours avant l'accident, il avait commencé la prise d'un médicament dont l'usage peut causer des étourdissements ou une perte de conscience en raison d'une baisse de tension artérielle. Le médecin de Transports Canada n'avait cependant pas été informé de cette nouvelle médication.

Dans son rapport, le coroner a recommandé de sensibiliser les pilotes à l'importance de signaler aux médecins de Transports Canada tout changement sur leur état de santé ainsi que toute nouvelle médication suggérée par le médecin traitant. De plus, il souligne l'importance de sensibiliser les médecins à être très vigilants lors de tout changement de l'état de santé ou de la médication de leur patient lorsque celui-ci est un pilote d'avion.

Prévention du suicide et information à la population

Un homme de 55 ans se suicide par pendaison à son domicile, deux mois après qu'un médecin lui a diagnostiqué une dépression majeure. Un antidépresseur ainsi qu'une médication pour son insomnie lui avaient alors été prescrits et il devait communiquer de nouveau avec le médecin par la suite. Cependant, même s'il exprimait toujours des idées suicidaires, il refusait de revoir le médecin ou d'aller à l'hôpital.

Le coroner a constaté le manque d'information de la population sur le rôle de premier intervenant du centre de prévention du suicide de cette région, pour intervenir auprès d'une personne suicidaire qui refuse toute évaluation de son état par un professionnel de la santé.

Opération de déneigement : danger pour les signaleurs

Un signaleur de 41 ans décède des blessures subies après avoir été heurté par un camion de déneigement qui reculait pour se positionner à gauche de la souffleuse à neige.

La victime avait temporairement été affectée à un travail de signaleur pour les travaux publics. Au moment de l'accident, l'homme faisait face à la souffleuse probablement pour faire signe au camion qui la suivait de se placer à côté de celle-ci pour recueillir la neige. Au même moment, le conducteur d'un autre camion, situé devant la souffleuse, entreprend de reculer pour effectuer la même manœuvre. Toutefois, en reculant, il ne peut voir le signaleur. Le conducteur de la souffleuse voyant reculer le camion vers le signaleur croit que ce dernier entend le camion reculer et se dégagera de sa position, mais il ne peut s'en assurer, puisque le signaleur ne possède pas de radiocommunication.

Dans son rapport, le coroner a formulé plusieurs recommandations touchant, entre autres, la formation, l'entraînement et la sécurité pour le personnel des équipes de déneigement. Il est aussi d'avis qu'il faudrait doter ces équipes d'un système de radiocommunication. De plus, il souhaite la révision de l'utilisation du système d'avertisseur sonore sur les camions lourds, ainsi que la possibilité d'y installer un dispositif signalant au conducteur la présence d'un objet ou d'une personne à proximité.

Décès d'une femme à la suite d'une chirurgie esthétique

Une Américaine de 40 ans décède d'une thromboembolie des deux troncs artériels pulmonaires, deux jours après avoir subi une chirurgie esthétique dans une clinique privée.

La femme avait subi une liposuccion de l'abdomen, du bas du dos, des flancs, des bras et des cuisses, avec lipectomie et augmentation mammaire bilatérale. Elle a passé la nuit à la clinique et a reçu son congé le lendemain matin. Elle quittait alors pour l'hôtel où elle était de passage, afin de s'y reposer, accompagnée d'une infirmière auxiliaire.

Comme la victime présentait une obésité, la chirurgie de longue durée qu'elle a reçue était risquée. Dans ce contexte, il est recommandé d'utiliser des appareils pneumatiques de compression des membres inférieurs en cours de chirurgie et l'administration d'héparine sous-cutanée aux 12 heures sur une période de 5 à 7 jours. Toutefois, la femme n'a reçu qu'une dose d'héparine en cours de chirurgie et une autre à son départ de la clinique.

Le coroner a donc formulé des recommandations suscitant, dans le monde médical, une réflexion sur la chirurgie en clinique privée, tout en s'assurant de la formation quant à la thromboprophylaxie périopératoire.

La surfaceuse dans les sentiers : un danger pour les motoneigistes

Un homme de 35 ans, circulant dans un sentier de motoneige non fédéré, décède d'un polytraumatisme après que la motoneige qu'il conduisait est entrée en collision avec la surfaceuse qui obstruait le sentier.

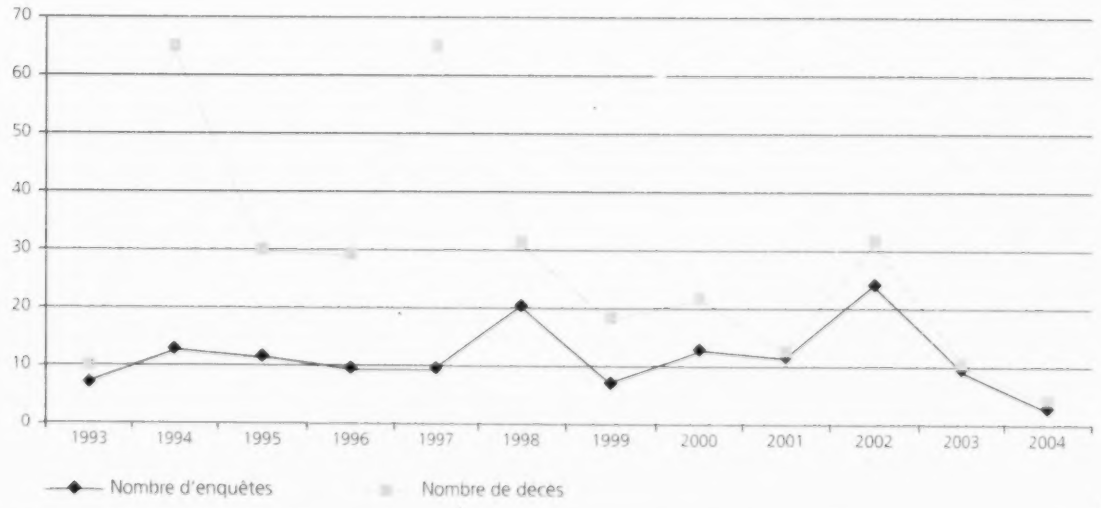
L'accident est survenu dans une courbe très prononcée où la victime n'aurait pas ralenti suffisamment. Toutefois, lorsqu'un motoneigiste circulant à la vitesse permise rencontre une surfaceuse à la sortie d'une courbe, peu de manœuvres permettent d'éviter le contact.

Dans son rapport, le coroner recommande une réflexion sur la présence des surfaceuses dans les sentiers de motoneige. Il suggère, par exemple, que lorsque la surfaceuse déneige durant le jour, elle soit précédée d'un motoneigiste qui préviendrait ceux venant en sens inverse de ralentir et de se ranger en bordure de la piste.

LES ENQUÊTES

L'évolution des enquêtes ordonnées au cours de la dernière décennie

Année	Nombre d'enquêtes	Nombre de décès
1993	6	10
1994	13	64
1995	11	30
1996	9	29
1997	9	64
1998	20	31
1999	7	18
2000	12	22
2001	11	12
2002	24	32
2003	9	10
2004	2	2
TOTAL	**157**	**369**



En 2004, le coroner en chef a ordonné deux enquêtes publiques. L'une d'elles s'est terminée en 2004 et l'autre était en cours au 31 décembre 2004. Six enquêtes ordonnées avant 2004 se sont également conclues en 2004. Dix-huit enquêtes ordonnées avant 2004 étaient en cours au 31 décembre 2004, pour un total de dix-neuf enquêtes en cours. Le délai moyen entre l'ordonnance et la remise des rapports, pour les sept enquêtes terminées, était de 17 mois.

■ **Les enquêtes en cours en 2004**

Nom/Prénom **Nature et date du décès**	**Date de l'ordonnance**	**Coroner enquêteur**	**Lieu de l'enquête**
Snow, Francis Asphyxie par lien mécanique au cou (2001-02-08)	1er mars 2001	Me Catherine Rudel-Tessier	Saint-Jérôme
Adam, Alexandre Escalade – lors de la formation (2001-06-09)	3 juin 2002	Me Catherine Rudel-Tessier	Granby
Yu, Stéphanie **Yu, Tiffany** **Wong, Doris** **Fullum, Marielle** Noyade – Lady Duck (2002-06-23)	29 juin 2002	Me Catherine Rudel-Tessier	Rivière-des-Outaouais
Veillette, Jacques **Poirier, Lucie** Escalade Cap-Trinité (2002-08-04)	14 août 2002	Me Catherine Rudel-Tessier	Chicoutimi Québec Longueuil
Murphy, Irène Personne âgée en fauteuil roulant dans un foyer d'hébergement (2002-03-13)	9 octobre 2002	Me Catherine Rudel-Tessier	Laval
Bolduc, Gisèle Personne âgée atteinte d'Alzheimer qui a fait une chute dans un foyer d'hébergement (2002-04-14)	5 novembre 2002	Me Catherine Rudel-Tessier	Saint-Joseph-de-Beauce
Lefebvre, Lucia Personne âgée – Brûlure dans un foyer d'hébergement (2002-05-16)	11 novembre 2002	Me Catherine Rudel Tessier	Laval
Emond, Jean-François Intoxication Décès dans un centre d'hébergement (2002-02-22)	21 novembre 2002	Me Andrée Kronström	Montréal
Gaudet-Rainville, Christopher Électrocution (2002-08-16)	28 novembre 2002	Me Andrée Kronström	Joliette

Nom/Prénom Nature et date du décès	Date de l'ordonnance	Coroner enquêteur	Lieu de l'enquête
Gervais, Annie Accident boul. Pie-IX à Montréal (2002-06-12)	16 décembre 2002	M[e] Catherine Rudel-Tessier	Laval
Jean-Berthony, Charles Accident boul. Pie-IX à Montréal (2001-10-23)			
Couture, Yannick Chute de planche à neige dans un centre de ski (2003-02-15)	10 mars 2003	M[e] Andrée Kronström	
Guay, Pierre-Étienne Perte de contrôle en ski (2003-03-22)	9 avril 2003	M[e] Andrée Kronström	Chicoutimi
Gagnon, Shirley Décès dans un centre hospitalier (2002-12-20)	22 avril 2003	M[e] Luc Malouin	Saint-Joseph-de-Beauce
Petitclerc, Micheline Étranglée par contention dans un centre d'accueil (2002-09-19)	15 mai 2003	M[e] Catherine Rudel-Tessier	Saint-Jérôme
Bergeron, Jean-François Accident impliquant un véhicule tout terrain et une voiture de police (2003-04-09)	20 mai 2003	M[e] Catherine Rudel-Tessier	Longueuil
Guimond, Henri Décès dans une résidence pour personnes âgées (2003-06-25)	5 août 2003	M[e] Catherine Rudel-Tessier	Longueuil
Forgeot, Cyril Accident de voiture (2003-06-14)	29 septembre 2003	M[e] Catherine Rudel-Tessier	
Wells, Cosmo Chute dans un centre hospitalier (2003-08-15)	14 octobre 2003	M[e] Andrée Kronström	Saint-Jean-sur-Richelieu
Berniquez, Michel Arythmie cardiaque fatale après son arrestation par des policiers (2003-06-28)	28 septembre 2004	M[e] Andrée Kronström	

■ Rapports d'enquête déposés pour l'année 2004

Décès d'un enfant en raison des services d'incendie déficients

Un enfant de 4 ans décède par asphyxie à l'oxyde de carbone à la suite d'un incendie survenu à son domicile. Les flammes auraient pris naissance dans le corridor situé à l'arrière de la maison et auraient été allumées par la victime alors qu'elle s'amusait avec un briquet.

L'enquête publique a mis en lumière plusieurs lacunes lors du déroulement de l'intervention d'urgence. D'une part, des erreurs ont été constatées dans la répartition des effectifs et des véhicules tant lors de la première que de la deuxième alarme, car le système informatique présentait de nombreuses failles. De plus, le temps de réponse de toutes les unités a outrepassé les limites acceptables pour un service de protection incendie.

D'autre part, le manque d'effectifs affectés à la protection de la ville et les défectuosités mécaniques des équipements sont des facteurs ayant contribué aux ratés de cette opération d'urgence.

Par ailleurs, les premiers ambulanciers avisés de l'incendie ont mis 21 minutes à se rendre à destination alors qu'une deuxième ambulance appelée en renfort n'en a mis que 7.

Les recommandations formulées par le coroner concernent particulièrement l'ajout de personnel, une meilleure coordination à la centrale de répartition des appels et l'adoption d'un schéma de couverture de risques.

Accident de plongée sur une épave

Un homme de 33 ans décède lors d'une activité de plongée sous-marine à l'intérieur d'une épave.

L'enquête publique a démontré que les connaissances et l'expérience de la victime et de son compagnon de plongée étaient limitées et qu'ils l'ignoraient. Ils n'étaient pas conscients de leurs limites, ce qui leur a procuré un faux sentiment de sécurité. Si la victime avait été mieux formée et davantage sensibilisée aux risques de cette plongée, elle aurait été consciente de son incapacité à entreprendre une telle aventure et aurait renoncé à sa plongée.

De plus, il aurait été possible de porter secours à la victime avant son décès et d'augmenter ses chances de survie si son compagnon de plongée avait immédiatement tenté de la retrouver et si l'équipe de plongeurs chevronnés se trouvant à proximité avait été sollicitée plus rapidement. Une expédition sur cette épave n'est pas accessible à tous les plongeurs. Effectivement, le plongeur qui s'y aventure doit posséder des techniques particulières ou, à défaut, bénéficier d'un guide expérimenté. Selon certains intervenants, il faudrait même prévoir un cours particulier pour les plongées dans ces lieux. Pour le coroner, il faudrait mieux encadrer les activités de plongée qui s'y déroulent et modifier l'attitude de certains plongeurs. Il a donc formulé plusieurs recommandations touchant la sensibilisation, la formation et la certification des plongeurs.

Conditions de détention inadaptées pour un détenu hospitalisé

Un détenu de 36 ans décède à la suite d'un cancer généralisé.

L'enquête publique a mis en lumière les conditions difficiles dans lesquelles un détenu hospitalisé a terminé sa vie. Malgré la détérioration de son état de santé, il a fait l'objet d'une surveillance étroite par des agents de sécurité postés à son chevet et a été menotté et attaché à son lit presque sans relâche. Il est mort seul sans le soutien de ses proches. Cette situation a été causée par l'absence de communications adéquates entre les intervenants. Le cas a été étudié par l'établissement de détention et un plan d'action a déjà été mis en œuvre.

Par ailleurs, l'enquête a fait ressortir une autre constatation importante : la méconnaissance du personnel médical et infirmier de ses possibilités d'intervention auprès des autorités pénitentiaires, par rapport aux conditions d'un détenu. En effet, malgré l'étonnement et l'inquiétude de plusieurs personnes devant les conditions de détention de leur patient, rien n'a été fait pour que ces dernières soient modifiées parce qu'elles ignoraient pouvoir agir en ce sens.

Le coroner recommande aux autorités compétentes que les détenus ayant atteint le stade terminal de leur maladie puissent bénéficier de conditions de détention compatibles avec leur état de santé. Il encourage également les centres hospitaliers à informer adéquatement les membres de leur personnel des démarches qu'ils peuvent entreprendre pour assurer aux patients qui leur sont confiés un traitement adéquat et une mort dans la dignité.

Noyade d'un enfant dans un camp de jour

Un enfant de 6 ans se noie lors d'une sortie de groupe à la plage.

Selon l'enquête, ni les monitrices ni la coordonnatrice n'avaient vérifié les habiletés aquatiques des enfants. La seule consigne de sécurité était que le niveau de l'eau ne devait pas dépasser la poitrine. La jeune victime portait une veste de flottaison, car elle ne savait pas nager.

La monitrice avait 13 enfants de 5 à 7 ans sous sa surveillance et elle était aidée d'une bénévole de 13 ans. Personne n'a porté une attention particulière à l'enfant qui venait d'enlever sa veste de flottaison pour l'échanger avec un autre enfant contre un masque de plongée et un tuba. Le dernier décompte avant le départ ayant révélé qu'il manquait un enfant à l'appel, des recherches ont été entreprises. Quelques minutes plus tard, l'enfant a été trouvé inanimé au fond de l'eau.

À la suite de l'enquête, le coroner formule plusieurs recommandations, notamment sur la formation des moniteurs et l'encadrement des enfants lors d'activités aquatiques.

Une femme en délire décède d'hypothermie

Une femme de 45 ans décède d'hypothermie après être sortie à l'extérieur, l'hiver, et avoir plongé dans l'eau glacée.

Il a été établi durant l'enquête que la femme était allée trouver refuge chez sa mère, car elle souffrait d'un délire paranoïde probablement dû à une hallucinose alcoolique. Autour de minuit, la victime est partie vers la rivière, pieds nus et sans manteau. Les proches de la victime ont attendu son retour pendant une quarantaine de minutes avant d'appeler les secours.

Les policiers et les pompiers appelés ont organisé les recherches sur la rivière. Lorsque la femme a été trouvée, peu après deux heures, elle souffrait d'hypothermie sévère et elle n'a pu être sauvée.

L'enquête a conclu que les proches de la victime auraient dû aviser les secours à partir du moment où la femme a quitté la maison. Le coroner a également fait ressortir que, malgré la débrouillardise des intervenants, l'organisation des sauvetages nautiques dans les municipalités possédant des plans d'eau devrait être mieux planifiée.

Poursuite policière automobile : solution de dernier recours

Un homme de 25 ans décède d'un polytraumatisme à la suite d'une collision frontale avec une autocaravane, dans le contexte d'une poursuite policière.

L'homme aurait foncé vers un véhicule du service local de police. Arrivé à proximité de la voiture de police, il a fait un doigt d'honneur à la policière assise derrière le volant et il s'est enfui. Cette dernière décide alors d'intercepter le véhicule pour faire des vérifications. Toutefois, le conducteur du véhicule refuse de s'arrêter et la poursuite s'enclenche dans les rues de la ville. La policière ne peut expliquer la conduite du fuyard et son omission d'arrêter son véhicule que par la perpétration d'un délit majeur.

Aux limites de la ville, le véhicule de la victime change subitement de voie et heurte de plein fouet une autocaravane qui venait à sens inverse.

Les témoignages des experts entendus au cours de cette enquête ont permis au coroner d'établir que les gestes de provocation de la victime ne faisaient pas partie de son comportement habituel et qu'il était possible de les expliquer par le manque de cannabis associé à un effet retard du PCP. Cette combinaison, ajoutée au stress intense lié à la poursuite, peut expliquer pourquoi la victime ne s'est pas arrêtée lorsque la policière a voulu l'intercepter et l'aurait amenée à changer de voie.

L'enquête a conclu qu'il faut d'abord travailler à limiter le recours à ce type d'intervention qui ne devrait être envisagée que lorsqu'une infraction grave, menaçant la vie humaine, a été perpétrée. Pour encadrer adéquatement cette intervention, il faudrait des directives ou politiques claires, l'intensification de la formation et le maintien de la supervision des policiers impliqués dans une poursuite.

Accident de voiture et soins hospitaliers

Un homme de 87 ans décède lors d'une opération chirurgicale à la suite d'un accident de voiture.

Dans ce dossier, le coroner a analysé deux éléments : le traitement médical reçu à la suite de l'accident et l'absence de radiologiste pour desservir le centre hospitalier où a été soignée la victime.

D'une part, le coroner a démontré que l'homme avait peu de chances de survivre à ce traumatisme très sévère, puisqu'il avait une condition cardiaque précaire et une pathologie hématologique précoce et évolutive.

D'autre part, le coroner a mis en évidence un problème de disponibilité de radiologistes, qui était connu à l'époque, et qui existait dans d'autres régions du Québec. Cependant, l'enquête a démontré qu'il n'y avait aucun lien entre cette situation et le décès de la victime.

Toutefois, des améliorations au centre hospitalier ont été apportées, peu de temps après, notamment en ce qui concerne la disponibilité de radiologistes, d'un système de garde et d'équipements modernes.

LES RECOMMANDATIONS ET LEUR TRAITEMENT

À l'occasion d'une investigation ou d'une enquête, le coroner peut, s'il le juge à propos, formuler toute recommandation visant une meilleure protection de la vie humaine.

Avant de formuler ses recommandations, le coroner examine, s'il y a lieu, les autres rapports de coroners sur des décès semblables survenus dans le passé, consulte des experts et étudie la littérature scientifique pertinente.

L'article 98 de la *Loi sur la recherche des causes et des circonstances des décès* prévoit que le coroner en chef, lorsqu'il le juge approprié, fait parvenir aux personnes, associations, ministères ou organismes concernés les recommandations formulées par un coroner dans son rapport.

En 2004, les coroners ont déposé 302 rapports comportant une ou plusieurs recommandations. Chaque recommandation peut être transmise à un ou plusieurs intervenants, soit pour information, soit pour suivi. Ces recommandations sont de nature publique, puisqu'elles font partie intégrante du rapport du coroner.

Le présent rapport annuel d'activités n'intègre pas la liste des recommandations, car elle est trop longue pour y figurer. Cependant, le Bureau du coroner publie annuellement le *Répertoire des recommandations des coroners*, qui renseigne sur les recommandations transmises pour suivi selon le type d'événement auquel elles se rattachent. Les répertoires des années 2003 et 2004 seront disponibles dans le site Internet du Bureau du coroner.

Recommandations transmises pour suivi en 2004

Catégorie de décès	Total	%
Cause naturelle	**53**	**10,2**
Décès accidentels	**395**	**76,3**
– Accidents de transport terrestre	151	29,2
– Autres accidents	244	47,1
Suicide	**62**	**12,0**
Homicide	**1**	**0,2**
Cause indéterminée quant à l'intention	**7**	**1,3**
Total	**518**	**100**

SECTION 3

BILAN STATISTIQUE DES TRAUMATISMES MORTELS AU QUÉBEC, ANNÉES 1997 À 2003

■ Classification statistique des décès ayant fait l'objet d'une investigation ou d'une enquête du coroner

Un aspect important du travail des coroners consiste à documenter les causes et les circonstances des décès obscurs ou violents de manière à permettre leur classification selon les règles de la Classification internationale des maladies et des blessures. Cette classification est particulièrement utile pour comparer la mortalité québécoise aux réalités observées ailleurs au Canada et dans le monde.

La classification statistique des décès est fondée sur quelques définitions de base. Tout d'abord, les décès sont répartis en deux grandes catégories : naturels ou violents (traumatiques).

Le décès naturel : décès causé par une maladie ou par le processus naturel du vieillissement. La majorité (94 %) des décès qui surviennent au Québec appartiennent à cette catégorie. Généralement, le coroner n'a pas à intervenir, sauf dans quatre situations précises : lorsque les causes médicales ne peuvent être établies, lorsque le décès survient dans certains lieux définis par la *Loi sur la recherche des causes et des circonstances des décès*, lorsque l'identité de la personne décédée est inconnue et enfin, lorsque le décès survient dans des circonstances obscures. Les décès naturels représentent environ le quart des décès investigués par les coroners. Ces décès ne font toutefois pas l'objet d'analyse statistique particulière par le Bureau du coroner en raison du peu de représentativité de ceux-ci par rapport à l'ensemble de la mortalité naturelle au Québec.

Le décès violent ou par traumatisme : décès consécutif, soit à un transfert d'énergie causant des lésions, soit à l'absence d'un élément essentiel à la vie tel que l'oxygène ou la chaleur. Il s'agit généralement de décès dans lesquels un événement soudain provoque la mort, soit de manière accidentelle, soit par suicide ou soit par homicide. Ces décès doivent obligatoirement être soumis aux coroners.

- Le décès accidentel : décès causé par un traumatisme non intentionnel.
- Le suicide : décès causé par un traumatisme qu'une personne s'inflige elle-même, avec l'intention de se donner la mort.
- L'homicide : décès causé par un traumatisme infligé par une autre personne, avec l'intention de blesser ou de tuer.
- Le décès indéterminé quant à l'intention : les décès sont regroupés dans cette catégorie lorsque l'investigation ou l'enquête n'a pu conclure ni à un accident, ni à un suicide, ni à un homicide.

Le concept de « décès par traumatisme » est bien connu et bien compris en santé publique. Ainsi, pour des raisons de clarté, nous utiliserons cette expression plutôt que « décès violent » dans le reste du document.

■ Délais dans le dépôt des rapports

La plupart des rapports des coroners prennent plusieurs mois avant d'être transmis au coroner en chef, et ce pour différentes raisons, dont la complexité des causes et des circonstances du décès, les délais dans lesquels le coroner obtient les rapports d'autopsie, de toxicologie et de police, etc. Dans le cas d'un rapport non déposé, le coroner en chef est toutefois en possession d'indications sur les causes et circonstances probables du décès faisant l'objet de l'investigation. En effet, dès la prise en charge d'un décès par un coroner, ce dernier fait parvenir un formulaire au coroner en chef sur lequel il précise les raisons justifiant son intervention. Bien que ces données soient préliminaires et sujettes à changement, elles traduisent bien la réalité. Dans les faits, l'inclusion des données préliminaires permet de produire des statistiques annuelles plus valides et plus près de la réalité que leur exclusion. Voilà pourquoi ces renseignements préliminaires sont intégrés aux bilans statistiques lorsque c'est possible. C'est ce qui explique l'ajout d'une catégorie « à déterminer » dans les tableaux statistiques.

Cette façon de faire signifie aussi que les chiffres peuvent varier légèrement d'un bilan à l'autre, car la banque de données n'est jamais fermée. L'information contenue dans chaque nouveau rapport reçu est intégrée à la banque dès qu'elle est disponible, peu importe l'année du décès. Les données suivantes permettent au lecteur de mesurer la portée de ces imputations pour 2002 et 2003.

■ État des rapports de 2002, au 28 juillet 2005

4 398 décès soumis aux coroners
– 4 264 (96,9 %) rapports déposés
– 134 (3,1 %) rapports à venir

Selon les renseignements préliminaires disponibles, parmi les 134 décès dont le rapport est à venir, 90 (67,2 %) seraient des décès par traumatisme.

■ État des rapports de 2003, au 28 juillet 2005

4 215 décès soumis aux coroners
– 3 965 (94,1 %) rapports déposés
– 250 (5,9 %) rapports à venir

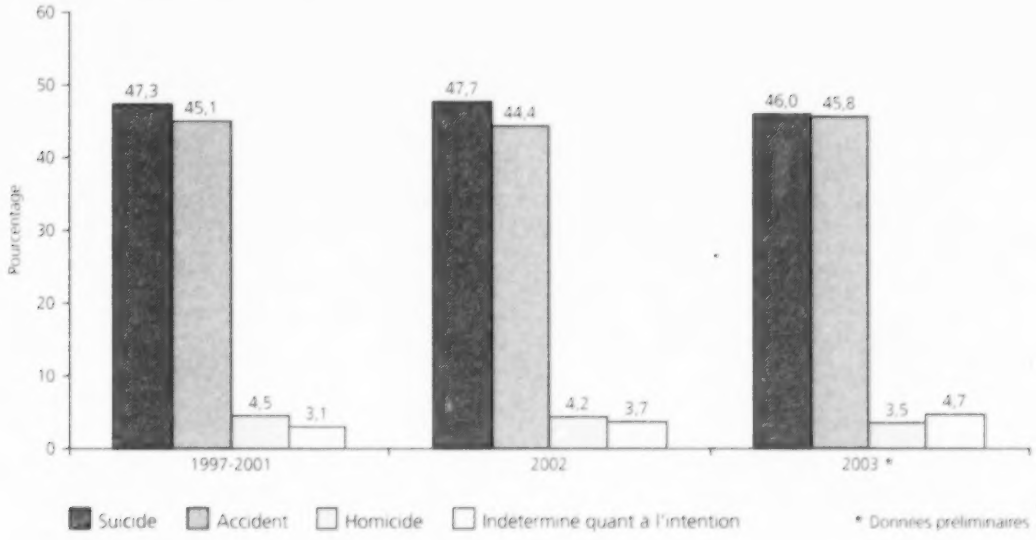
Selon les renseignements préliminaires disponibles, parmi les 250 décès dont le rapport est à venir, 185 (74,0 %) seraient des décès par traumatisme.

■ Registre du coroner en chef

Depuis 1986, le coroner en chef tient le registre des causes et des circonstances des décès par traumatisme qui surviennent au Québec. Nous présentons dans les pages qui suivent le portrait des décès pour 2002 et 2003, en le comparant à la moyenne des années 1997 à 2001. Notre but premier n'est pas d'analyser les phénomènes mortels, mais de présenter l'information issue des rapports des coroners avec rigueur et de fournir une représentation la plus fidèle possible de la réalité des décès par traumatisme. Nous savons que la diffusion de données fiables sur l'ampleur des problèmes favorise la mobilisation et la prise de décisions quant aux interventions préventives appropriées.

Pour les besoins du bilan, nous avons regroupé les causes de décès selon des critères familiers aux chercheurs. Toutefois, le registre de données du coroner en chef permet d'étudier des phénomènes particuliers et d'obtenir des données plus spécifiques sur demande.

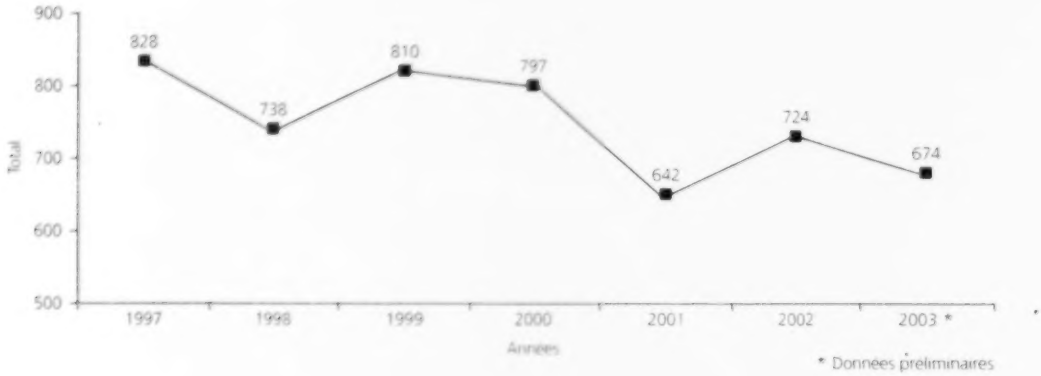
La répartition des décès par traumatisme



	Moyenne	Nombre	
Type de décès	**1997-2001**	**2002**	**Données préliminaires 2003**
Suicide	1429	1366	1264
Accident	1360	1272	1257
Homicide	137	120	96
Indéterminé quant à l'intention	93	105	128
Total	**3019**	**2863**	**2745**

■ Les décès accidentels liés aux transports terrestres

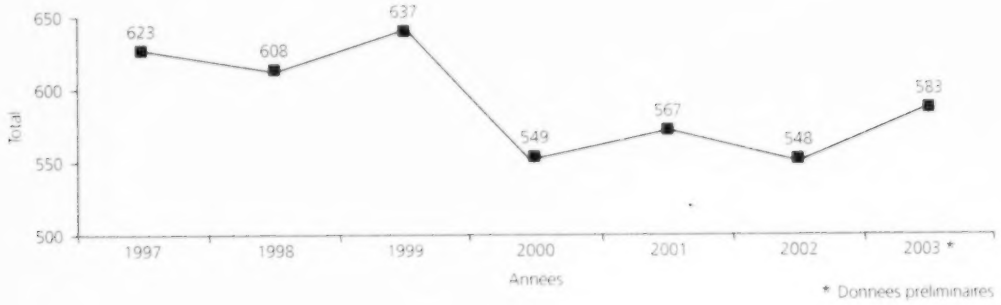
Cette catégorie inclut tous les décès liés à un moyen de transport terrestre y compris les transports ferroviaires, que l'accident se soit produit sur la voie publique ou hors de la voie publique.



Décès	Moyenne 1997-2001	Nombre 2002	% variation 2002 / 1997-2001	Nombre Données préliminaires 2003
Conducteur d'une automobile, d'un camion ou d'un autobus	348	354	1,7	309
Passager d'une automobile, d'un camion ou d'un autobus	161	132	-18,0	100
Piéton	112	92	-17,9	98
Motocycliste	58	57	-1,7	60
Motoneigiste	26	29	11,5	38
Cycliste	27	25	-7,4	22
Occupant d'un véhicule tout-terrain	22	25	13,6	19
Autres	7	6	-14,3	6
A déterminer	2	4		22
Total	**763**	**724**	**-5,1**	**674**

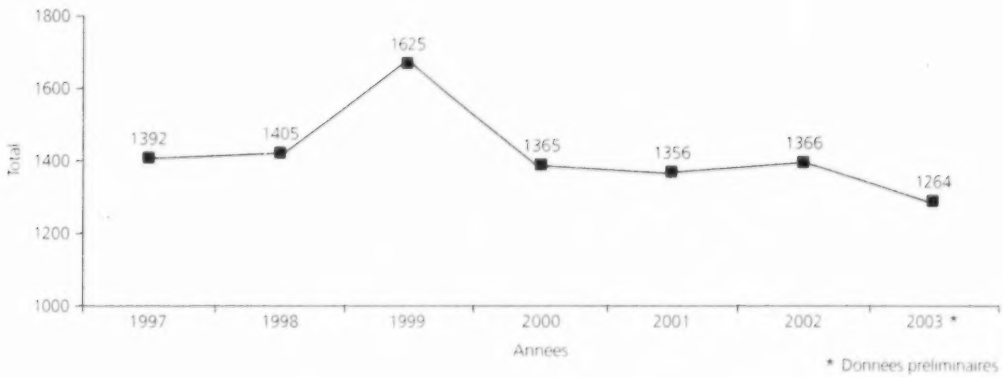
■ Les autres décès accidentels

Cette catégorie inclut tous les autres décès par traumatismes non intentionnels.



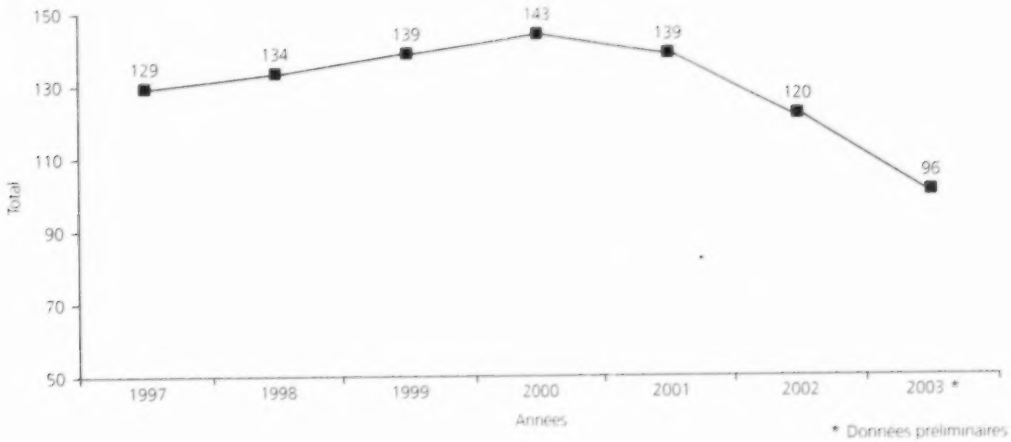
Décès	Moyenne 1997-2001	Nombre 2002	% variation 2002 / 1997-2001	Nombre Données préliminaires 2003
Chute	117	130	11,1	120
Intoxication	113	102	-9,7	125
Noyade et submersion accidentelle	88	85	-3,4	72
Strangulation, suffocation, asphyxie	63	59	-6,3	57
Exposition à la fumée, au feu ou aux flammes	59	40	-32,2	42
Contact avec une machine	33	35	6,1	37
Exposition aux forces de la nature	24	19	-20,8	24
Choc ou heurt contre un objet ou une personne	30	27	-10,0	20
Accident de transport aérien	22	13	-40,9	14
Exposition au courant électrique	7	7	0,0	11
Décharge d'arme à feu	6	4	-33,3	10
Accident médical ou chirurgical	6	6	0,0	7
Explosion	10	2	-80,0	6
Contact avec de l'eau chaude	4	1	-75,0	2
Accident de bateau	2	2	0,0	0
Autres	11	6	-45,5	11
À déterminer	3	10		25
Total	**597**	**548**	**-8,2**	**583**

■ Les suicides



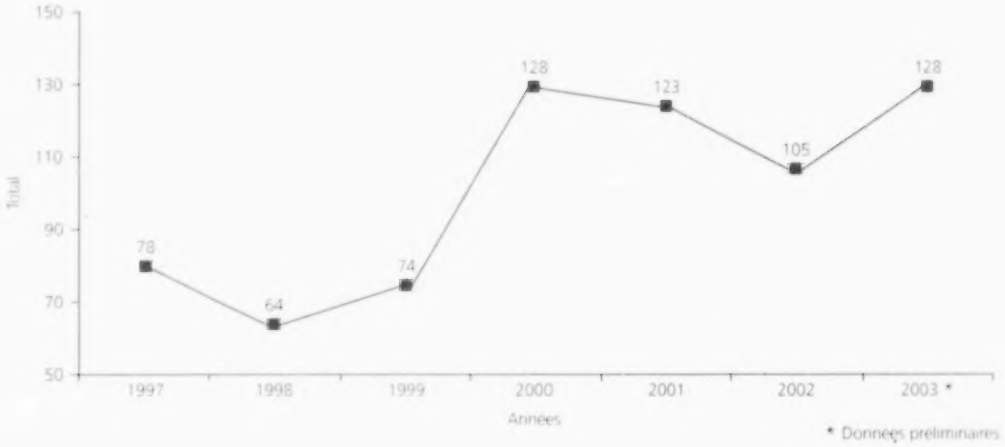
Décès	Moyenne 1997-2001	Nombre 2002	% variation 2002 / 1997-2001	Nombre Données préliminaires 2003
Pendaison	692	701	1,3	626
Décharge d'arme à feu	255	190	-25,5	174
Auto-intoxication à des substances liquides ou solides	142	136	-4,2	136
Auto-intoxication au CO	118	99	-16,1	74
Saut dans le vide	60	65	8,3	63
Suffocation, strangulation	20	13	-35,0	31
Utilisation d'objet tranchant ou perforant	23	30	30,4	30
Noyade et submersion	47	35	-25,5	28
Collision d'un véhicule à moteur	35	44	25,7	27
Exposition à la fumée, au feu ou aux flammes	14	11	-21,4	13
Autres moyens	7	8	14,3	7
À déterminer	15	34		55
Total	**1429**	**1366**	**-4,4**	**1264**

■ Les homicides



Décès	Moyenne 1997-2001	Nombre 2002	% variation 2002 / 1997-2001	Nombre Données préliminaires 2003
Agression par arme à feu	64	30	-53,1	30
Agression par objet tranchant ou perforant	31	32	3,2	21
Agression par objet contondant	14	12	-14,3	11
Agression par strangulation ou suffocation	10	19	90,0	9
Bagarre, rixe (sans arme)	5	5	0,0	6
Incendie volontaire	2	4	100,0	1
Autres	9	10	11,1	8
À déterminer	1	8		10
Total	**137**	**120**	**-12,4**	**96**

Les décès indéterminés quant à l'intention



Nombre annuel moyen

Décès	Moyenne 1997-2001	Nombre 2002	% variation 2002 / 1997-2001	Nombre Données préliminaires 2003
Indéterminé quant à l'intention	84	71	-15,5	55
À déterminer	9	34		73
Total	**93**	**105**	**12,9**	**128**

Plusieurs des décès apparemment indéterminés au moment de l'avis au coroner verront leurs causes et circonstances bien établies une fois l'investigation terminée. Ils seront alors ventilés parmi les accidents, les suicides ou les homicides.

ANNEXES

ANNEXE 1 : LA LISTE DES RÈGLEMENTS ADOPTÉS EN VERTU DES LOIS OU DE PARTIES DE LOIS APPLIQUÉES PAR LE CORONER EN CHEF

***Loi sur la recherche des causes et des circonstances des décès* et ses règlements :**

• Code de déontologie des coroners R.R.Q., c. R-0.2, r.0.1	D. 557-90, 1990, 1383
• Règlement sur les critères et procédures de sélection des personnes aptes à être nommées coroners R.R.Q., c. R-0.2, r.1	D. 2110-85, 1985, 6061
• Règlement sur l'identification, le transport, la conservation, la garde et la remise des cadavres, objets et documents R.R.Q., c. R-0.2, r.1.001	D. 907-92, 1992, 4337 Modifié en partie par : D. 403-96, 1996, 2247 D. 436-2001, 2001, 2600
• Règlement sur la rémunération des coroners à temps partiel R.R.Q., c. R-0.2, r.1.01	D.1687-87, 1987, 6492 Modifié en partie par : D. 1050-95,1995, 3791 D. 849-96, 1996, 4124 D. 841-2002, 2002, 4852
• Règlement sur les sommes à rembourser aux coroners et aux coroners auxiliaires pour les dépenses faites ou engagées dans l'exercice de leurs fonctions R.R.Q., c. R-0.2, r.1.1	D. 1657-87, 1987, 6367
• Tarif des droits et indemnités applicables en vertu de la *Loi sur les recherches des causes et des circonstances des décès* R.R.Q., c. R-0.2, r.1.2	D. 295-89, 1989, 1807 Modifié en partie par : D. 1417-91, 1991, 5880
• Tarif sur les frais d'autopsies R.R.Q., c. R-0.2, r.2	D.971-89, 1989, 3381
• Tarif sur les frais de transport, de garde et de conservation des cadavres R.R.Q., c.R-0.2, r.3	D. 470-2001, 2001, 2874

ANNEXE 2 : LA LISTE DES CORONERS ACTIFS PAR RÉGION ADMINISTRATIVE EN 2004-2005

Coroner en chef
Bellemare, Me Danielle

Coroner en chef adjoint
Ouest du Québec
Brochu, Dr Jean-E.

Coroner en chef adjoint
Est du Québec
Nolet, Dre Louise

Régions	Coroners permanents	
	Investigateurs	**Enquêteurs**
03- Capitale-Nationale	Couillard, Dr Bernard Morin, Me Pierre Turmel, Dr Serge	Kronström, Me Andrée
06- Montréal	David, Me Anne-Marie * Dionne, Dr Paul G. Duchesne, Dr Line * Michaud, Dr Roger C. * Paquin, Dr Claude Ramsay, Dr Jacques	Rudel-Tessier, Me Catherine
14- Lanaudière	Territoire couvert par certains coroners de Montréal	
17- Centre-du-Québec		Malouin, Me Luc

* Ce coroner a quitté au cours de l'exercice 2004-2005

Régions	Coroners à temps partiel	
	Investigateurs	**Enquêteurs**
01- Bas-Saint-Laurent	Chamberland, Me Jean-Pierre Dorval, Dr Jean-François Lévesque, Dr Gaétan Raymond, Dr Yves	
02- Saguenay–Lac-Saint-Jean	Bergeron, Dr André Bolduc, Dr Yves Côté, Me Mandoza Gagné, Dr Carol Miron, Dr Michel	
03- Capitale-Nationale	Bédard, Dr Marc Brochu, Dr Pierre Naud, Dr Yvon Picard, Dr Jean-Marc Samson, Dr Pierre-Charles Turmel, Dr Yvan	Bérubé, M. Jacques Delâge, Me Cyrille
04- Mauricie	Blais, Dr Jean-Pierre Charest, Me René Gauthier, Dr Raynald Martin, Dr Pierre Trahan, Dr André-G.	
05- Estrie	Giguère, Me Robert	

Régions	Coroners à temps partiel	
	Investigateurs	Enquêteurs
06- Montréal	Boulianne, Dre Louise Ayllon, Dr Rafaël Goupil, Dr Jean-Noël Labarias, Dr Jose-Luis Tremblay, Dre Candide	Boudrias, Me Denis *
07- Outaouais	Bourassa, Dr Pierre Lachapelle, Me Joanne Morissette, Dr Guy Tremblay, Dr Gaston-A. Turgeon, Dr Robert	
08- Abitibi-Témiscamingue	Aubry, Dr Sylvain Germain, Dr Hughes Gurekas, Dr Vydas Malenfant, Dr Claude Molloy, Dre Francine Provost, Me Jeannine	
09- Côte-Nord	Lefrançois, Me Bernard Monger, M. Richmond * Samson, Dr Arnaud	
10- Nord-du-Québec	Létourneau, Dr Joël	
11- Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine	Cavanagh, Me Guy Couture, Me Jean Gauthier, Dr Gilles Lévesque, Dr Jean-Louis Roy, Me Jean-François	
12- Chaudière-Appalaches	Garneau, Me Gabriel Morin, Dr Raymond Toussaint, Dr Martin	
13- Laval	Ferland, Me Michel Trudeau, Dr Michel	
15- Laurentides	Fermini, Dr Richard Larocque, Dr Robert Paquette, Dr Jean-Lévy Talbot, Dre Linda	
16- Montérégie	Bélanger, Dr René-Maurice Chalut, Dr Pierre Clément, Dr Marcel * Dandavino, Dr André-H. Laberge, Dr J. Roger Lambert, Dr Yves Massé, Dr Michel	Perron, Me Gilles
17- Centre-du-Québec	Bélisle, Me Pierre Proulx, Dr André * Sanfaçon, Dr Martin	

* Ce coroner a quitté au cours de l'exercice 2004-2005

ANNEXE 3 : LE CODE DE DÉONTOLOGIE DES CORONERS

Loi sur la recherche des causes et des circonstances des décès (L.R.Q., c. R-0.2, a. 28 et 165)

SECTION I

DEVOIRS GÉNÉRAUX

1. Dans l'exercice de ses fonctions en vertu de la *Loi sur la recherche des causes et des circonstances des décès* (L.R.Q., c. R-0.2), notamment lors d'une investigation ou d'une enquête, le coroner doit respecter la dignité, l'honneur, la réputation et la vie privée de la personne décédée ainsi que le secret professionnel à l'égard de cette personne.
   D. 557-90, a. 1.

2. Le coroner doit respecter les croyances et les opinions religieuses de la personne décédée et celles de ses proches dans la mesure où les exigences que la loi lui impose le permettent.
   D. 557-90, a. 2.

3. Le coroner doit s'assurer que tout cadavre dont il a la garde et la possession est traité avec dignité et respect.
   D. 557-90, a. 3.

4. Le coroner doit agir de telle sorte que son comportement envers les proches de la personne décédée ainsi qu'envers les personnes impliquées dans les circonstances du décès reflète le respect et la courtoisie qu'imposent les circonstances.
   D. 557-90, a. 4.

5. Le coroner doit éviter tout acte, toute omission, tout comportement ou tout propos relatif à l'exercice de ses fonctions qui serait de nature à porter atteinte à l'institution du coroner ou aux autres personnes qui y exercent également la fonction de coroner.
   D. 557-90, a. 5.

6. Le coroner doit maintenir de bons rapports avec les personnes appelées à participer à une investigation ou à une enquête, se comporter à leur égard avec courtoisie et respect et leur accorder son entière disponibilité.
   D. 557-90, a. 6.

7. Le coroner ne doit pas s'immiscer dans une investigation ou une enquête du ressort d'un autre coroner.
   D. 557-90, a. 7.

8. Les coroners doivent agir de façon courtoise entre eux et maintenir des relations empreintes de bonne foi.
   D. 557-90, a. 8.

9. Le coroner doit témoigner, dans l'exercice de ses fonctions, d'un constant souci du respect de ses devoirs de protection de la vie humaine.
   D. 557-90, a. 9.

SECTION II

DEVOIRS PARTICULIERS

1. Intégrité et dignité

10. Le coroner doit exercer ses fonctions avec intégrité et dignité.
    D. 557-90, a. 10.

11. Le coroner ne doit pas, dans l'exercice de ses fonctions, faire un usage immodéré de substances psychotropes, y compris l'alcool, ou de toute autre substance produisant des effets analogues.
    D. 557-90, a. 11.

12. Le coroner doit dissocier de l'exercice de ses fonctions la promotion et l'exercice de ses activités professionnelles ou d'affaires.
    D. 557-90, a. 12.

13. Le coroner doit s'assurer du maintien de l'ordre et du décorum durant une enquête tout en manifestant une attitude courtoise envers les personnes présentes.
    D. 557-90, a. 13.

14. Le coroner doit faire preuve de réserve et de mesure à l'occasion de tout commentaire public concernant ses recherches ou ses activités et en restreindre l'expression aux seules fins pédagogiques ou scientifiques découlant de l'exercice de ses fonctions.
    D. 557-90, a. 14.

2. Objectivité, rigueur et indépendance

15. Le coroner doit, de façon manifeste, faire preuve d'objectivité, de rigueur et d'indépendance.
    D. 557-90, a. 15.

16. Le coroner doit éviter toute situation pouvant compromettre sa capacité d'exercer ses fonctions de façon objective, rigoureuse et indépendante.
    D. 557-90, a. 16.

17. Le coroner doit se comporter de façon à ne pas encourager ou inciter quiconque à lui offrir quoi que ce soit auquel il n'a pas droit en vertu de la loi; il doit refuser tout ce qui lui serait, malgré tout, offert ou en disposer de la façon prévue par la loi, le cas échéant.
    D. 557-90, a. 17.

18. Le coroner doit s'abstenir de poursuivre une investigation ou de tenir une enquête lorsqu'une atteinte à son objectivité, à la rigueur de son jugement ou à son indépendance pourrait résulter notamment :

1° de relations personnelles, familiales, sociales, professionnelles ou d'affaires avec la personne décédée, avec une personne impliquée dans les circonstances du décès ou avec une personne appelée à participer à l'investigation ou à l'enquête;
2° de toute communication publique d'une idée ou d'une opinion se rapportant au décès;
3° de toute manifestation d'hostilité ou de favoritisme à l'égard de la personne décédée ou à l'égard d'une personne impliquée dans les circonstances du décès.
D. 557-90, a. 18.

19. Le coroner doit s'assurer que son rapport contienne les faits qui lui sont connus se rapportant aux causes et aux circonstances du décès.
D. 557-90, a. 19.

20. Le coroner doit s'assurer de la valeur probante, de l'authenticité et de la pertinence de tout fait sur lequel il s'appuie pour établir l'identité de la personne décédée, la date, le lieu, les causes et les circonstances du décès.
D. 557-90, a. 20.

21. Le coroner doit s'assurer de l'authenticité de tout fait qu'il divulgue publiquement avant la production de son rapport et apprécier les risques et les inconvénients pouvant résulter de cette divulgation.
D. 557-90, a. 21.

3. Disponibilité et diligence

22. Le coroner doit faire preuve d'une disponibilité et d'une diligence raisonnables.
D. 557-90, a. 22.

23. Le coroner doit prendre les mesures nécessaires à l'examen du cadavre ou à la visite des lieux, lorsque les circonstances du décès l'exigent.
D. 557-90, a. 23.

24. Le coroner doit être à la disposition des proches de la personne décédée afin de les rencontrer et de les renseigner lorsque la situation l'exige.
D. 557-90, a. 24.

25. Le coroner doit faciliter la libération du cadavre et y donner suite avec toute la diligence à laquelle peuvent raisonnablement s'attendre les proches de la personne décédée.
D. 557-90, a. 25.

26. Le coroner doit faire en sorte que les conditions d'exercice de sa garde d'objets et de documents en garantissent la conservation et en permettent la remise aux réclamants conformément à la loi.
D. 557-90, a. 26.

27. Le coroner doit informer les proches de la personne décédée que le choix des dispositions funéraires leur revient.
D. 557-90, a. 27.

4. Compétence et connaissances

28. Le coroner doit maintenir ses connaissances et ses capacités dans les domaines pertinents à l'exercice de ses fonctions de façon à ce qu'elles concordent avec les exigences de son travail et en garantissent la qualité.
D. 557-90, a. 28

29. Le coroner doit connaître les lois, règlements et directives régissant l'exercice de ses fonctions.
D. 557-90, a. 29.

30. Le coroner doit s'assurer que la personne à qui il délègue des pouvoirs, dans les cas prévus par la loi, connaisse les lois, règlements et directives régissant l'exercice des fonctions du coroner.
D. 557-90, a. 30.

31. Le coroner doit participer, dans la mesure du possible, aux programmes de perfectionnement mis en œuvre par le coroner en chef.
D. 557-90, a. 31.

32. Le coroner doit fournir la contribution attendue de lui dans le perfectionnement des autres coroners, notamment par l'échange avec eux de ses connaissances et expériences.
D. 557-90, a. 32.

33. Le coroner doit respecter les limites de son expertise et de ses connaissances, en particulier dans des domaines qui lui sont étrangers, et s'assurer personnellement de la compétence des sources auxquelles il doit recourir.
D. 557-90, a. 33.

5. Confidentialité

34. Le coroner doit respecter, même au cours des communications privées, la confidentialité de tout document ou renseignement qu'il a obtenu dans l'exercice de ses fonctions à moins que la divulgation n'en soit autorisée par la loi.
D. 557-90, a. 34.

35. Omis.
D. 557-90, a. 35.

D. 557-90, 1990 G.O. 2, 1383

Bureau
du coroner
Québec